

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
MESTRADO EM DIREITO E INSTITUIÇÕES DO SISTEMA DE JUSTIÇA

MAIANE CIBELE DE MESQUITA SERRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM (DES)FOCO: uma avaliação da atuação do Judiciário  
sob a ótica do TJMA, STF e STJ**

São Luís  
2018

**MAIANE CIBELE DE MESQUITA SERRA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM (DES)FOCO: uma avaliação da atuação do Judiciário  
sob a ótica do TJMA, STF e STJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Artenira da Silva e Silva

São Luís  
2018

MAIANE CIBELE DE MESQUITA SERRA

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM (DES)FOCO: uma avaliação da atuação do Judiciário  
sob a ótica do TJMA, STF e STJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Direito e Instituições do Sistema de Justiça.

Aprovada em: 05/01/2018

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Artenira da Silva e Silva** (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof. Dr<sup>º</sup>. Giovanni Bonato**  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvia Cristina Viana Silva Lima**  
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu Senhor Jesus, Autor da vida, razão da minha  
existência, luz do meu ser, meu amor maior.  
Ao meu amado esposo Diego, por todo incentivo  
nessa caminhada.

## AGRADECIMENTOS

A soma de forças, incentivos, contribuições, cada palavra de apoio, cada encorajamento, cada oração fez com que este trabalho tomasse forma, culminando neste resultado. Sei que sem ajuda de algumas pessoas, a caminhada seria bem mais difícil e árdua, pois cada um dos aqui mencionados tornaram-se imprescindíveis para consecução deste sonho materializado no papel.

Eu sei que tudo isso já estava escrito pelo Pai. Ele, com tanto carinho, escreveu todos os meus dias, lapidou todos os meus sonhos e me deu a oportunidade de realiza-los. À Ti meu Deus, toda honra, toda glória, todo louvor. Obrigada pelo Teu amor constante, pelo afago nos momentos mais difíceis, pelo refrigério, a paz no momento do caos, a presença nos momentos de solidão, a sabedoria para escrever cada linha quando achei que não seria capaz, isso tudo é obra Tua, foi porque assim Tu quiseste. Obrigada pela tua morte que me trouxe vida em abundância. Obrigada por me escolher para ser tua filha, mesmo sendo tão imerecedora da Tua graça e do Teu amor. Obrigada por me resgatar das trevas para Tua maravilhosa luz. Obrigada por esse amor que é tão lindo e zeloso. Obrigada pelas tantas bênçãos.

Ao presente que Tu me deste, meu esposo Diego. Meu companheiro, ombro amigo e conselheiro, por todo amor, tranquilidade e apoio empreendidos durante toda a nossa união e particularmente durante esta jornada tão intensa que foi o Mestrado. Obrigada, meu amor, por comprar cada sonho meu como se fosse o seu, pela vibração por cada vitória. Pela sua compreensão nos momentos de ausência e por ter que aguentar cada choro, cada desabafo e cada irritação quando algo não dava certo.

Aos meus pais, Manoel e Marilene, meus exemplos de vida, amor, carinho e dedicação. Obrigada por viverem comigo cada sonho, por abdicarem de tantas coisas para sempre me oferecerem o melhor.

Ao meu irmão Mário e sua família (Karine e João Pedro) pelo incentivo mesmo que à distância e por se alegrarem com minhas conquistas.

À minha avó Helena, meu amor, minha princesa, por cada oração durante esta caminhada.

À minha avó Mãe Zeca que mesmo em meio ao Alzheimer sempre se recordou de mim.

À minha outra família: Tia Rosa (Prince), Tio Beto, Pablo e Vinícius pela companhia, pelos momentos alegres e por cada incentivo durante esta trajetória.

À família Mesquita e Silva pela torcida, em especial, meus sogros Francisco e Tânia, minha cunhada Dayane e meu sobrinho Márcio Filho.

À todos da família Serra que de alguma forma me incentivaram durante esta trajetória.

Aos meus sobrinhos Alice e Benício pela pureza, por cada sorriso que nos faz ter a certeza ainda mais da bondade de Deus para conosco.

Aos meus amigos-irmãos (em ordem alfabética para não ter confusão...rs) Alan, Daniele, Elienay, Isadora, Makel e Van Hallyson pelas orações, incentivos, pelos momentos de alegria e companheirismo, pela alegria diante das minhas realizações e por cada pizza de domingo. Levo vocês no coração pra vida toda.

À todos os Gojobas, pelo riso fácil nos encontros presenciais e via whatsapp: Dyenny, Renato, Luzia (Juliana), Nathália, Romel e Willana.

Aos presentes que o mestrado me deu: Fernanda Arruda, Bruno Castro e Regina Tavares, por toda nossa trajetória, os sonhos compartilhados, o companheirismo, o ombro amigo nos momentos de aflição, a vibração por cada vitória. Meu carinho por vocês é genuíno e cada um de vocês, com as suas particularidades tornaram esse processo mais leve, mais motivador e muito mais feliz. Obrigada, meus amigos de jornada!

Às minhas queridas companheiras de orientação: Gabriela e Rossana por toda ajuda, incentivo e companheirismo nesta etapa.

À todo o grupo *Rivotril*, companheiros de estrada e de batalha durante o Mestrado, pelos risos e descontração nos momentos de dificuldades.

À minha orientadora Profª Drª Artenira da Silva e Silva sem a qual este trabalho definitivamente não seria o mesmo. Obrigada por tomar nossos projetos como se fossem seus, por cada sugestão e pelo trabalho empreendido para concretização deste sonho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça (PPGDIR/UFMA), em especial, àqueles que contribuíram com todos os conhecimentos que adquiri durante esta trajetória: à querida Profª Drª Almudena Garcia Manso, pois foi em uma das suas brilhantes aulas que surgiu o tema apaixonante da violência obstétrica; à querida Profª Drª Edith Maria Barbosa Ramos por toda sua humanidade e todos os conhecimentos compartilhados no decorrer da disciplina de Metodologia; aos queridos professores Delmo Mattos, Mônica Cruz, Roberto Veloso, Frederico Losurdo, Márcia Haydee cujas aulas foram inspiradoras e desafiadoras.

As eternas professoras Amanda Madureira, Amanda Barros, Jaqueline Senna, Glaucia Martins e José de Ribamar Castro pela colaboração e incentivo para que hoje eu pudesse de alguma forma concluir este projeto. Vocês estarão sempre em minha memória e no meu coração como exemplos de docência e humanidade.

À todos os funcionários do PPGDir pelo suporte e ajuda nesta caminhada.

Ao Tribunal de Justiça do Maranhão, em especial, à todos os desembargadores que participaram deste trabalho.

À todos da Igreja Cristã Evangélica do São Cristóvão na pessoa do querido Pr. Joel Maia.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que tudo isto fosse possível, meu muito obrigada.

*Do que se tem medo? Da morte, foi sempre a resposta, e de todos os males que possam simbolizá-la, antecipá-la, recordá-la aos mortais. Da morte violenta, completaria Hobbes. De todos os entes reais e imaginários que sabemos ou cremos dotados de poder de vida e de extermínio: da natureza desacorrentada, da cólera, de Deus, da manha do Diabo, da crueldade do tirano, da multidão enfurecida [...] Temos medo do grito e do silêncio, do vazio e do infinito; do para sempre e do nunca mais [...] **Temos medo do esquecimento e de não mais poder lembrar [...] Do irreparável. Do inominável... Temos medo do ódio que devora e da cólera que corrói, mas também da resignação sem esperança, da dor sem fim e da desonra. Da mutilação dos corpos e dos espíritos** (CHAUI, 2009, p. 36-37, grifo nosso).*

## RESUMO

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e de violência institucional imbricada por relações de poder, sendo caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher parturiente pelos profissionais de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do parto. Tal modalidade de violência constitui-se como uma violação dos direitos fundamentais, direitos humanos e também de princípios constitucionais e bioéticos uma vez que impõe a perda de autonomia e também da capacidade da mulher de decidir livremente sobre seu corpo e sobre sua sexualidade, culminando em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das que foram acometidas por violência obstétrica. A presente pesquisa objetivou avaliar, a partir dos acórdãos do Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA), do Superior Tribunal de Justiça (STJ) e do Supremo Tribunal Federal (STF) entre os anos de 2010 a 2016, as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário frente aos casos de violência obstétrica, debatendo-se sobre sua atuação. Para consecução da pesquisa foram utilizados diversos procedimentos metodológicos complementares, a saber, a pesquisa bibliográfica, a análise documental dos acórdãos, entrevistas semiestruturadas com informantes chave (desembargadores cíveis do TJMA), além da observação sistemática com registros em diário de campo no âmbito do TJMA. Os acórdãos e entrevistas semiestruturadas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (1977) de modo a compreender as significações explícitas ou implícitas contidas nos julgados e nas falas dos agentes entrevistados. De modo conclusivo, visando alcançar o objetivo proposto, apresentou-se as convergências e divergências observadas nos acórdãos, entrevistas e observação sistemática com registros em diário de campo, interconectando todos os dados colhidos em campo.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. Violência de gênero. Violência institucional. Parturientes. Acórdãos. Direitos fundamentais. Direitos humanos.

## ABSTRACT

Obstetric violence is a form of gender violence and institutional violence imbricated by power relations being characterized by the appropriation of the body and the reproductive processes of the parturient woman by the health professionals, through a dehumanized treatment, abuse of medicalization and pathologization of natural processes. This type of violence constitutes a violation of fundamental rights, human rights and also constitutional rights and bioethical principles, since it imposes the loss of autonomy and the loss of women to freely decide about their own body and sexuality, culminating in negative consequences and disastrous outcomes for the quality of life of these women. The present study aimed to evaluate, considering the judgments of the Court of Justice of Maranhão (TJMA), the Superior Court of Justice (STJ) and the Supreme Federal Court (STF), between the years of 2010 and 2016, the argumentative perspectives of the Judiciary in cases of obstetric violence, debating about its performance. Several complementary methodological procedures were used to carry out the research, such as, bibliographic research, documentary analysis of the judgments, semi-structured interviews with key informants (TJMA civil appellate judges), and systematic observation registered in the field diary during all the visits that took place in the TJMA. Judgments and semi-structured interviews were analyzed through the technique of content analysis proposed by Laurence Bardin (1977) in order to understand the explicit or implicit meanings contained in the judgments and speeches of the agents interviewed. In a conclusive way, in order to reach the proposed objective, the convergences and divergences observed in the judgments, interviews and systematic observation with records in the field diary were presented, highlighting all the data collected to complete the present study.

**Keywords:** Obstetric violence. Gender violence. Institutional violence. Parturients. Judgments. Fundamental rights. Human rights.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 – Contagem referente a forma de atendimento..... | 141 |
|------------------------------------------------------------|-----|

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – Categorias de violência obstétrica, direitos e/ou princípios violados e danos iatrogênicos correlacionados..... | 40  |
| Quadro 2 – Lista de categorias iniciais.....                                                                               | 133 |
| Quadro 3 – Formação das categorias intermediárias 1, 2, 3, 4 e 5.....                                                      | 135 |
| Quadro 4 – Formação da categoria intermediária 6.....                                                                      | 134 |
| Quadro 5 – Formação da categoria intermediária 7.....                                                                      | 136 |
| Quadro 6 – Formação da categoria intermediária 8.....                                                                      | 141 |
| Quadro 7 – Formação das categorias finais.....                                                                             | 143 |
| Quadro 8 – Formação da categoria intermediária I.....                                                                      | 157 |
| Quadro 9 – Formação da categoria intermediária II.....                                                                     | 162 |
| Quadro 10 – Formação da categoria intermediária III.....                                                                   | 166 |
| Quadro 11 – Formação da categoria intermediária IV.....                                                                    | 169 |
| Quadro 12 – Formação da categoria intermediária V.....                                                                     | 171 |

## **LISTA DE TABELAS**

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 – Quantidade total de acórdãos encontrados após pesquisas com palavras-chave..... | 130 |
| Tabela 2 – Quantidade de acórdãos filtrados após regras de seleção.....                    | 131 |
| Tabela 3 – Quantidade de acórdãos analisados, órgão e número do processo.....              | 132 |
| Tabela 4 – Quantitativo de atores analisados e como responderam à entrevista.....          | 155 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

A - Apriorística

AgRg – Agravo Regimental

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ART – Artigo

CC – Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CDP – Centro de Detenção Provisória

CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher

CEVI – Comissão de Peritas(os)

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIM – Comissão Interamericana de Mulheres

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CP – Código Penal

CREMESC – Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina

DJe – Diário Judicial Eletrônico

DUBDH – Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EDcl – Embargos de Declaração

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

LMP – Lei Maria da Penha

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MESECVI – Mecanismo de Seguimento da Convenção de Belém do Pará

NA – Não apriorística

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN – Resolução Normativa

STF – Supremo Tribunal de Justiça

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TJMA – Tribunal de Justiça do Maranhão

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                        | <b>17</b>  |
| <b>2 REFLEXÕES INICIAIS .....</b>                                                                                              | <b>22</b>  |
| <b>2.1 Um breve relato sobre a institucionalização do parto .....</b>                                                          | <b>22</b>  |
| <b>2.2 O parto no cenário brasileiro.....</b>                                                                                  | <b>27</b>  |
| <b>3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: conceituação e caracterização.....</b>                                                              | <b>33</b>  |
| <b>3.1 Violência de gênero e poder: reflexões necessárias para contextualizar a violência obstétrica.....</b>                  | <b>43</b>  |
| <b>3.2 Significando a violência obstétrica frente às formações médica e jurídica: erro médico ou violência de gênero?.....</b> | <b>56</b>  |
| 3.2.1 Formação médica .....                                                                                                    | 57         |
| 3.2.2 Formação jurídica .....                                                                                                  | 62         |
| <b>3.3 Situações violadoras mais comuns nas práticas de violência obstétrica .....</b>                                         | <b>66</b>  |
| 3.3.1 Episiotomia .....                                                                                                        | 66         |
| 3.3.2 Manobra de Kristeller .....                                                                                              | 70         |
| 3.3.3 Cesáreas eletivas .....                                                                                                  | 72         |
| 3.3.4 Demora no atendimento ao parto.....                                                                                      | 75         |
| 3.3.5 Proibição de acompanhante .....                                                                                          | 77         |
| 3.3.6 Aplicação de ocitocina.....                                                                                              | 79         |
| 3.3.7 Restrição da posição para o parto .....                                                                                  | 80         |
| 3.3.8 Privação de alimentos e bebidas .....                                                                                    | 81         |
| 3.3.9 Violência obstétrica psicológica .....                                                                                   | 82         |
| <b>3.4 A parturiente como sujeito de direitos .....</b>                                                                        | <b>86</b>  |
| 3.4.1 Violação dos princípios bioéticos nas práticas de violência obstétrica .....                                             | 91         |
| 3.4.2 Dignidade da pessoa humana como princípio comum ao Direito e à Bioética e como parâmetro em questões conflituosas .....  | 94         |
| <b>3.5 Violência obstétrica e legislação: abordagem comparativa no direito latino-americano.....</b>                           | <b>97</b>  |
| <b>4 RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: caracterização, possibilidades e desafios.....</b>      | <b>105</b> |
| <b>4.1 Caracterização da responsabilidade.....</b>                                                                             | <b>106</b> |
| <b>4.2 Da possibilidade de imputação da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica.....</b>                      | <b>109</b> |
| <b>4.3 Responsabilidade penal: tipos penais aplicáveis nos casos de violência obstétrica...</b>                                | <b>115</b> |

|                                                                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>                                                                                                | <b>121</b> |
| <b>5.1 Quanto ao tipo de pesquisa .....</b>                                                                                              | <b>121</b> |
| <b>5.2 Campo de Estudo e sujeitos pesquisados .....</b>                                                                                  | <b>122</b> |
| <b>5.3 Procedimentos metodológicos .....</b>                                                                                             | <b>122</b> |
| 5.3.1 Análise documental.....                                                                                                            | 122        |
| 5.3.2 Entrevistas semiestruturadas .....                                                                                                 | 123        |
| 5.3.3 Observação sistemática.....                                                                                                        | 124        |
| <b>5.4 Análise dos dados .....</b>                                                                                                       | <b>125</b> |
| <b>6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS: violência obstétrica na jurisprudência do STF, STJ e TJMA .....</b>                             | <b>130</b> |
| <b>6.1 Apresentação e discussão dos acórdãos do STF, STJ e TJMA: aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo .....</b> | <b>132</b> |
| <b>6.2 Problematização dos acórdãos.....</b>                                                                                             | <b>147</b> |
| <b>6.3 Apresentação e discussão de entrevistas semiestruturadas realizadas com os desembargadores cíveis do TJMA.....</b>                | <b>154</b> |
| <b>6.4 Observação sistemática com registros em diário de campo .....</b>                                                                 | <b>175</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                       | <b>181</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                  | <b>190</b> |
| <b>APÊNDICES .....</b>                                                                                                                   | <b>213</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                                       | <b>219</b> |

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Por sua vez, a violência contra a mulher é definida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, no seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. E no art. 6º determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação.

No que tange à violência de gênero imbrica-se as violações de cunho físico, sexual e psicológico ocorridas tanto no âmbito privado quanto público podendo ser perpetradas inclusive pelo Estado e seus agentes, manifestadas através das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais ocorridas entre homens e mulheres.

Dentro dessas concepções, repousa o conceito de violência obstétrica, sendo caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida dessas mulheres.<sup>1</sup>

Em 2000, 191 países membros das Nações Unidas adotaram a Declaração do Milênio, assumindo oito compromissos que, se cumpridos, possuíam o condão de melhorar a qualidade de vida da humanidade. O Brasil é signatário dessa declaração, quando na ocasião todos os países presentes se comprometeram em reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de 5 anos (meta 5) e reduzir em três quartos, a taxa de mortalidade materna (meta 6) (BRASIL, 2004). Entretanto, fatores associados à violência obstétrica impedem que tais metas sejam alcançadas, tendo em vista os altos índices de mortalidade materna e neonatal no país<sup>2</sup>, impossibilitando o Brasil quanto ao cumprimento do compromisso internacional assumido (SOUSA, 2015).

---

<sup>1</sup> Definição dada pelas leis venezuelana e argentina, onde a violência obstétrica é tipificada: Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, de novembro de 2007 vigente na Venezuela e Lei Nacional nº 26.485, de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, vigente na Argentina desde 2009.

<sup>2</sup> A taxa de mortalidade neonatal no país está em 11,1 por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade materna é de aproximadamente 61 mulheres por cem mil nascidos vivos (LEAL et al., 2012).

A parturiente possui uma série de direitos e prerrogativas asseguradas, tais como a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF/88), o princípio da igualdade (art. 5º, I, CF/88), o princípio da legalidade (art. 5º, II, CF/88), o princípio da autonomia e ainda a proteção à vida, à saúde, à maternidade e à infância (Princípio da Beneficência) e o direito à informação. Todos esses direitos e prerrogativas configuram-se como parâmetros para se materializar a justiça, entretanto, eles têm sido amplamente desrespeitados, especialmente no momento do parto.

Em distintas partes do mundo, essa modalidade de violência tem se alastrado de maneira preocupante e silenciosa, haja vista que as mulheres vítimas desta prática não a percebem como tal. Culturalmente, o parto ainda é percebido e significado como um momento de “dor necessária”. Em algumas situações, quando a parturiente se dá conta da violência praticada contra ela, opta pelo silêncio, muitas vezes pelo medo de ser abandonada pelo profissional em um momento onde está altamente vulnerável ou ainda por não se sentir apoiada quanto à denúncia. Outros fatores também corroboram para que a mulher violentada não denuncie a prática, a saber, crer que não possui provas suficientes do ato de violência sofrido; desacreditar na justiça e ainda por desconhecer as atitudes que se configuram como violência obstétrica (PAES, 2015).

Consoante a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI; GODINHO, 2010), uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica. Os dados são preocupantes e relevam a necessidade de uma análise mais aprofundada dos mesmos de modo a verificar o papel do Judiciário frente à essa problemática, uma vez que a justiça de gênero, termo empregado por algumas feministas, sobretudo latino-americanas, para designar a construção de um sistema formal de justiça sob a perspectiva de gênero, tem como principais preocupações a efetivação dos direitos humanos das mulheres, a democratização do sistema de justiça e o acesso à justiça pelas mulheres, uma vez que, apesar da revogação da maioria dos textos normativos claramente discriminatórios com relação ao gênero, o Direito ainda é marcado por fortes assimetrias (SEVERI, 2011).

Dentre essas assimetrias, pode-se destacar a ausência de leis e normas que tratem da violência obstétrica, seja responsabilizando os agentes de saúde e hospitais, seja garantindo direitos fundamentais à mulher no momento do pré-parto, parto e pós-parto de modo a garantir uma assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. A ausência de legislação específica, além de dificultar a aplicação das devidas sanções aos agentes praticantes da violência obstétrica, também pode significar a omissão do direito em relação a temas que

afetem a saúde física e psíquica da mulher, refletindo portanto, uma negligência de gênero do ponto de vista jurídico. Ademais a ausência de divulgação acerca do tema bem como a ausência de políticas públicas voltadas para o combate da violência obstétrica, especialmente direcionadas aos agentes de saúde, aos agentes dos sistemas de justiça, e às parturientes reflete-se significativamente no desconhecimento da temática e na busca pela promoção da justiça quando os direitos são vilipendiados.

Por consequência, a omissão nessas duas esferas compõe toda uma cadeia de descaso que se inicia nas carências sociais e se rompe no direito que deveria tutelar pelas minorias. Desta forma, a temática possui alta relevância social, uma vez que essa modalidade de violência perdura no tempo, sendo recorrente tanto na rede pública quanto na rede privada de saúde, sem que a população sequer saiba que os maus-tratos sofridos implicam em violação de direitos e que não devem ser aceitos como algo naturalmente inerente ao procedimento médico. Justifica-se ainda a abordagem sob uma perspectiva acadêmica, tendo em vista a ausência de produção no que tange aos mestrados na área de Direito, uma vez que as pesquisas com relação a esta abordagem concentram-se sobremaneira na área de saúde coletiva.

Desta forma, o presente trabalho focou o seguinte problema de pesquisa: Em que medida o Tribunal de Justiça do Maranhão (TJMA), o Superior Tribunal de Justiça (STJ) e o Supremo Tribunal Federal (STF) têm atuado frente às demandas pertinentes à violência obstétrica no Maranhão e no Brasil? Diante disso, definiu-se como objeto de investigação, os acórdãos do TJMA, STJ e do STF entre os anos de 2010 a 2016 e as entrevistas semiestruturadas realizadas com o universo total de desembargadores cíveis, presidente e corregedora do TJMA. O lapso temporal escolhido justifica-se em virtude da pesquisa supracitada realizada pela Fundação Perseu Abramo ter sido realizada no ano de 2010, demarcando o marco central de discussão sobre a violência no parto no Brasil.

O objetivo geral proposto foi avaliar, a partir dos acórdãos do TJMA, STJ e STF STJ e das entrevistas realizadas no TJMA, as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário frente aos casos de violência obstétrica, debatendo-se sobre sua atuação. E como objetivos específicos intencionou-se compreender os aspectos pertinentes a institucionalização do parto como forma de apreender com mais profundidade o fenômeno; compreender o processo de elaboração e sedimentação do conceito de violência obstétrica, caracterizando-a como uma violência de gênero; refletir sobre o conceito de poder e como ele se estabelece nas práticas de violência obstétrica; apresentar os direitos e princípios violados nos casos de violência obstétrica; refletir sobre a aplicabilidade da responsabilidade civil (objetiva e subjetiva) e a

responsabilidade penal nos casos de violência obstétrica.

No que tange aos pressupostos teóricos, a fim de compreender a problemática levantada e os objetivos propostos foram utilizados alguns conceitos macronorteadores referentes a violência, gênero, corpo e poder. A violência é compreendida, nesse sentido, como uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, exploração e opressão, caracterizada pela inércia, passividade e silêncio, de modo a impedir ou anular a atividade e a fala de outrem (CHAUÍ, 1985). Essa definição encontra-se interligada com a compreensão sobre gênero como elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primária de dar significado às relações de poder (SCOTT, 1995). Por sua vez, o conceito de corpo e poder também estão imbricados com os conceitos anteriores e segundo Foucault (1999a, 2008, 2009) são intimamente relacionados. Corpo entendido como capaz de ser afetado e de afetar através do poder exercido e sendo imerso em relações de poder, sendo atravessado, marcado, falado e construído por relações, não podendo escapar delas e atuando através das mesmas. E o poder como uma parte constitutiva da pessoa e não algo exterior a ela, tendo como principal função tornar os corpos maleáveis, adestrando-os e tornando-os dóceis e moldáveis como forma do exercício do controle e dominação.

Tais conceitos são preponderantes para compreensão da violência obstétrica como uma forma específica de violência institucional e de gênero em que corpos e os direitos sexuais e reprodutivos das parturientes são vilipendiados, muitas vezes em função da utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde.

Com relação aos pressupostos empíricos advindos de outras pesquisas transversais tem-se inicialmente que: a. o entendimento da violência obstétrica guarda relações com a história do parto, sendo portanto compreendida de modo histórico e cultural (WOLFF; WALDOW, 2008; VIEIRA, 2002; MAIA, 2008; OSAVA, 1997; MARTINS, 2004); b. a violência obstétrica é um grave problema de saúde pública no contexto da atenção obstétrica, gerando um número significativo de lesões físicas e psicológicas às parturientes e neonatos e provocando em muitos casos a morbidade neonatal e/ou materna (OMS, 2014; VENTURI; GODINHO, 2010; LEAL et al., 2012; AGUIAR, 2010; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; WOLFF; WALDOW, 2008; DINIZ et al., 2015; BRASIL, 2008); c. a carência de leis e diretrizes específicas para assegurar uma assistência humanizada no momento do parto e garantir direitos às parturientes corrobora para disseminação de uma prática naturalizada na seara médica (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; GOMES, 2008);

d. a formação dos profissionais de saúde e dos agentes do sistema de justiça contribui para a naturalização e consequentemente invisibilização da violência obstétrica como um grave problema de saúde pública (HOTIMSKY, 2009; DINIZ et al., 2015; DINIZ, 2001; MACHADO, 2005; WARAT, 1988, 1982, 2004; STRECK, 2011); e. o sistema judiciário brasileiro é despreparado para garantir a efetividade dos direitos básicos das mulheres vítimas de violência obstétrica (SOUSA, 2015).

Dentre as ponderações apresentadas, acrescenta-se também a importância do enfoque temático avaliando a realidade no estado do Maranhão, tendo em vista a necessidade de produção acadêmica empírica de modo a refletir e intervir criticamente na realidade social local, promovendo visibilidade ao tema.

Nesse sentido, a fim de alcançar os objetivos supracitados, a pesquisa foi dividida em cinco macrocapítulos. Propõe-se no primeiro capítulo traçar um breve relato sobre a institucionalização do parto, bem como apresentar o cenário brasileiro do parto a partir de alguns dados. O segundo capítulo objetiva caracterizar e conceituar a violência obstétrica a partir de reflexões sobre a violência de gênero e poder e sobre a formação médica e jurídica, contextualizando as situações violadoras mais comuns, os principais direitos violados e os princípios de direitos humanos e bioéticos vilipendiados. Em seguida, apresenta-se um panorama da legislação pertinente à violência obstétrica tanto no Brasil quanto nos países latino-americanos. No terceiro capítulo aborda-se a questão da aplicabilidade da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica, apresentando os tipos penais passíveis de aplicação nesses casos. No quarto capítulo são apresentadas as considerações metodológicas utilizadas para consecução da pesquisa e por fim são apresentados e analisados os dados da pesquisa empírica de modo a avaliar os acórdãos do TJMA, STF e STJ bem como as entrevistas realizadas com informantes chave, à luz da análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977), apresentando ainda os dados colhidos na observação sistemática com registros em diário de campo. Finalmente, são apresentadas as conclusões do estudo, resgatando-se o marco teórico e objetivos propostos ao longo do mesmo.

## 2 REFLEXÕES INICIAIS

Deus me defenda! Acho que se eu parisse de novo, um lugar que eu não ia era o hospital. Eles cortam, depois vêm com aquela agulha aplicar (ri). Uma vem com anestesia para aplicar eu digo: O quê?! Você não vai aplicar injeção nenhuma aqui não! Não mandei vocês me cortarem! Eu tinha filho não era preciso isso!, 'Ah, então fica abertona aí!'. Eu digo: Deixa! Não é meu? E fui me embora. Aí me colocaram na cama assim toda aberta, não tinha colocado um ponto. Depois começou a hemorragia. Chegou lá a doutora, queria aplicar, eu digo: Não!. 'Então vai de sangue frio mesmo!', eu digo: Tudo bem! Aí me costuraram a sangue frio, mas eu não deixei me aplicar a anestesia<sup>3</sup> (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999, p. 351).

### 2.1 Um breve relato sobre a institucionalização do parto

A arte de partear acompanha a própria história da humanidade e, conseqüentemente, a história da mulher. Por muito tempo, a prática obstétrica foi exercida prioritariamente por parteiras que detinham o saber empírico, auxiliando as mulheres durante o processo gestacional. Nesse sentido, o parto era um evento feminino por natureza.

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...] (DEL PIORE, 1995, p. 263, *apud* WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142).

O fenômeno de dar à luz era encarado como um evento fisiológico, mantendo-se a medicina longe do cenário da parturição (WOLFF; WALDOW, 2008). A presença masculina só era requisitada em casos extremos (REZENDE, 1998). O parto, o nascimento e todos as demais experiências fisiológicas femininas caracterizavam-se como um saber eminentemente feminino. As mulheres recorriam às parteiras para ajudá-las no nascimento dos filhos.

Entretanto, por volta da metade do século XVI, as parteiras passaram a ser obrigadas a comprovar suas habilidades e conhecimentos para a realização de partos por meio de exames e provas junto a comissões municipais e eclesiásticas (VIEIRA, 2002). Isso porque com o Iluminismo, propunha-se uma definição da mulher baseada no determinismo biológico, na centralidade do útero e na descrição de sua vida como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto (MAIA, 2010).

Conforme Ehrenreich & English (1976 *apud* VIEIRA, 2002), a estratégia do Estado e da Igreja no sentido de monopolizarem o saber no que tange à cura das doenças foi

<sup>3</sup> Depoimento apresentado na pesquisa intitulada “Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços” (1999) realizada por Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira e Lília Blima Schraiber.

legitimada por meio das universidades criadas no Renascimento, desencadeando a exclusão das mulheres da prática médica e gerando a chamada caça às bruxas, bem como a extinção de curandeiras e parteiras. A medicina, alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e pela educação universitária transformou-se em uma atividade eminentemente masculina, uma vez que nesta época, apenas os homens possuíam acesso à educação.

Assim, a regulamentação da arte de partejar exigiu que as parteiras fossem assistidas por cirurgiões. Nesse sentido, o século XVI marca o início da participação masculina no processo do parto. A invenção de instrumentos obstétricos como o fórceps, criado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen no século XVII, colocou os cirurgiões na cena do parto (RABELO, 2006), comprometendo ainda mais a atuação das parteiras, uma vez que o manuseio do fórceps era exclusivamente masculino, médico e científico. Logo, a incorporação do uso do referido instrumento sedimentou a exclusão gradativa da parteira na assistência ao parto. (OSAVA, 1997).

Sem condições econômicas de adquirir o equipamento e vistas como intelectualmente inferiores aos homens e incapazes de incorporar novas técnicas, as parteiras passaram a rejeitar o fórceps. O uso do equipamento permitiu, assim, a intervenção masculina e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem, instaurando o conceito de que parir era perigoso, sendo, por isso, imprescindível a presença de um médico (LUZ; GICO, 2015, p. 477).

Conforme aponta Bessa e Ferreira (1999), o parto enquanto atividade médica iniciou-se na Europa nos séculos XVII e XVIII e chegou ao Brasil em 1808 por meio da criação de escolas de Medicina e Cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. O processo assistencial do parto através da figura das parteiras ainda perdurou no Brasil por todo século XIX, estendendo-se até o início do século XX.

Consequentemente, com o fim da “feminização do parto” e a entrada em cena dos médicos, bem como dos seus instrumentos cirúrgicos, as parteiras foram colocadas em segundo plano, o que marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento. (OSAVA, 1997). Assim, no século XX passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, quando os governos da época perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil, surgindo assim, rotinas cirúrgicas no parto, incluindo-se o uso da episiotomia e do fórceps profilático. (WOLFF; WALDOW, 2008). Nos séculos XIX e XX, o fórceps tornou-se um símbolo da dominação masculina na prática do parto. O instrumento que antes era usado

somente em casos urgentes e necessários, passou a ser usado de maneira indiscriminada e rotineira.

Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica, influenciando sua aceitação como disciplina técnica e científica consolidando definitivamente o conceito de que o parto é um evento perigoso (SEIBERT et al., 2005, p. 247).

Segundo Vieira (2002), o corpo feminino passou por uma medicalização intensa durante todo o século XIX, havendo assim, a necessidade do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso de assepsia para que a prática do parto pudesse ser dominada pelos médicos. O parto era visto como um perigo real de morte e o índice de mortalidade materna era muito elevado na Europa Ocidental. Entretanto, como consequência do advento da crescente hospitalização, o índice de mortalidade materna diminuiu, contribuindo assim, para a aceitação dos hospitais pela sociedade, o que sedimentou o processo de hospitalização do parto. Ademais, o uso de anestésicos contribuiu para o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas obstétricas, a exemplo da cesárea, considerada sinônimo de sentença de morte à época (SHORTER, 1982 *apud* VIEIRA, 2002).

O discurso médico que imperou durante a metade do século XIX caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e pela necessidade de criação de maternidades, sempre colocando em dúvida a competência das parteiras, desencadeando a necessidade premente da defesa do ensino médico e, conseqüentemente, o domínio da obstetrícia diante da resistência das mulheres em utilizar os hospitais. Essa resistência respaldava-se nas ideias tradicionalistas da época de que os hospitais eram abrigos para pobres, de que devia-se manter a moralidade das mulheres realizando os partos nos ambientes domiciliares e ainda pelo perigo eminente das técnicas ainda rudimentares de obstetrícia (VIEIRA, 2002).

Além das dificuldades técnicas e da moralidade vigente à época, o desenvolvimento da obstetrícia viveu conflitos na sua institucionalização como disciplina médica – entre eles, a noção de que a prática obstétrica seria uma prática menor dentro da própria medicina. Esse conflito estava provavelmente relacionado, entre outras razões, ao fato de o partejar ter sido até então uma prática de mulheres. Paradoxalmente, por esse motivo, e no afã de controlar tal prática, os médicos eram contundentes em relação às parteiras, atacando-as em seus discursos e submetendo-se às suas regulamentações, transformando-as de usurpadas em usurpadoras (VIEIRA, 2002, p. 72).

Nesse sentido, as parteiras acabaram se afastando da nova obstetrícia técnica e científica em virtude da fidelidade aos paradigmas não-intervencionistas. (OSAVA, 1997).

Elizabeth Nihell, importante parteira inglesa, registrou sua opinião por escrito a respeito dos cirurgiões, defendendo a arte obstétrica das parteiras, ressaltando o uso exclusivo das mãos, a paciência e a capacidade de julgar o melhor momento para intervir; elencando como principal crítica a intervenção com instrumentos obstétricos, que através de mãos apressadas e inábeis poderiam causar sofrimentos terríveis e danos irreparáveis. Ao fazer tal crítica, Nihell alertava para o risco das intervenções intempestivas e atacava o principal símbolo do poder dos cirurgiões parteiros da época: o fórceps (MARTINS, 2004).

Esse processo conhecido como “medicalização” surgiu no final da década de 60 e tornou-se extremamente relevante para compreensão da institucionalização do parto. Conforme Mitjavila (2015), as origens do processo de medicalização encontram-se associadas às funções de controle social que a medicina exerce como área de conhecimento científico-técnico e como profissão. A medicalização pode ser caracterizada como um processo em que problemas não-médicos passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos sendo então analisados como doenças ou distúrbios (CONRAD, 1992). A partir desse processo, a vida humana passa a estar sob domínio, influência e supervisão médica (ZOLA, 1983 *apud* CONRAD, 1992).

Com a medicalização da sociedade, a arte de partejar que era um saber-poder feminino foi transformada em um saber-poder masculino (PROGIANTI, 2001) e “o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e sua família, transformou-se, no hospital, em um momento privilegiado para o treinamento de médicos<sup>4</sup>” (OSAVA, 1997, p. 29-30). Nesse sentido, a patologização desse processo natural pode inclusive alienar as mulheres acerca da compreensão da natureza do seu próprio corpo (SIQUEIRA, 2001).

A prática da assistência ao parto, mesmo tendo as parteiras à frente desse cuidado, passou a ser vista como ato privativo do médico. Os profissionais não-médicos, em que se incluem as enfermeiras, inclusive as enfermeiras obstétricas, realizam o parto normal, na maioria das vezes, por insuficiência de cobertura médica, apesar de existir, desde 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº. 7.498/86), que assegura a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distócia. A enfermagem é uma profissão constituída em sua base histórica por mulheres, muitas vezes considerada como profissão hegemonicamente feminina. Ocorre uma história de submissão feminina desde a infância, perpassando a vida adulta, além da história da formação de parteiras e enfermeiras obstétricas, que possuíam conhecimento próprio e domínio feminino desse saber, do qual a medicina se apropriou e transformou em saber-poder masculino (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 142).

---

<sup>4</sup> Em todo o estudo, a nomenclatura “médico” foi utilizada para se referir aos profissionais que exercem a medicina, tanto homens, quanto mulheres.

Hoje, vive-se um momento de questionamento e busca de novas soluções para combater o uso excessivo da tecnologia de modo indiscriminado. A invenção de aparelhos e de técnicas de anestesia, além da entrada do médico obstetra na cena do parto foram essenciais para o surgimento do fenômeno denominado “industrialização do parto” que tem como principal característica o aumento do controle do processo do parto pelos médicos.

E, é nesse contexto que a violência obstétrica pode se revelar, uma vez que o parto deixou de ser um episódio natural, compartilhado apenas no seio familiar, para se tornar uma espécie de evento no ambiente hospitalar, prática dominada pela medicina e institucionalizada nos hospitais<sup>5</sup>.

Assim, nas últimas décadas o crescente fenômeno do empoderamento feminino vem contribuindo para resignificar o evento do parto natural, visando que a parturiente volte a ser a verdadeira protagonista na condução do processo de parir, uma vez que as várias intervenções médicas, muitas vezes invasivas e desnecessárias, podem transformar um momento único e especial em um traumático episódio quando caracterizada a violência obstétrica.

No Brasil, até a década de 50, 80% dos partos eram feitos no ambiente domiciliar, mas a percepção da “gestação como doença” fez com que essa situação se invertesse. Nesse sentido, a gravidez e o parto receberam conotações de perigo à saúde da mulher e do feto, o que demandou supervisão e intervenção médica. Passou-se a oferecer às gestantes um contexto médico-hospitalar, na qual encontrava-se inserida tecnologia avançada para “maximizar” os benefícios para as mães e bebês (OSAVA, 1997).

A medicina entrou em um território antes dominado apenas por parteiras, em sua maioria, mulheres, que dominavam a técnica do parto e sabiam mais do que ninguém, diante das vivências, como a mulher deveria ser tratada no momento de dar à luz. Por mais que se saiba da real necessidade da intervenção médica em muitos partos de risco, a verdade é que muitas intervenções ainda são feitas de maneira desnecessária, sem respaldos científicos, e, pior, sem levar em consideração a autonomia da gestante e a “hora certa” em que o neonato deseja vir ao mundo.

Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento

---

<sup>5</sup> Em suma, o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. [...] O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo (MAIA, 2010, p. 33)

de medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga deste “sofrimento”, de proteção da dignidade, já que o modelo de parto “normal” passa a ser considerado como degradante. Por outro lado, a cesariana é vista pelos profissionais de saúde, que se distanciam cada vez mais da arte de partejar, como modelo conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010, p. 109).

Desta forma, “A institucionalização do parto abriu espaço para que se estabelecesse também uma relação de poder/hierarquia entre o médico e a parturiente, potencializada pelas relações de gênero e poder enraizadas em nossa sociedade” (CUNHA, 2012, p. 8). Assim, a violência obstétrica no que diz respeito à medicalização do parto, se revela como uma imposição de valores patriarcais, principalmente relacionados ao caráter “defeituoso” do corpo feminino e à necessidade de controle de processos naturais pela medicina e ciência (HELMAN, 2009). Diante de tais considerações, o atual cenário da obstetrícia necessita de efetivas mudanças no intuito de promover melhor assistência à mulher no processo gestacional a fim de dirimir os impactos negativos ocasionados pela violência obstétrica.

## 2.2 O parto no cenário brasileiro

Se eu fosse mulher já teria, sei lá, pegado em armas, porque é muita violência. Ela vai para a maternidade e ou lhe fazem um corte na barriga, desnecessário na maioria das vezes, ou no períneo. De todo jeito alguém vai atacá-la com uma faca” (ATALLAH, 1999 *apud* DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 80).

Entre os anos de 2011 a 2012, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz fez um levantamento pioneiro que mapeou a situação de nascimento em todas as regiões do Brasil. A pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (LEAL et al., 2012) coordenada pela fundação, foi realizada com a participação de renomados pesquisadores de várias instituições científicas, sendo a primeira a oferecer um panorama nacional sobre a situação de atenção ao parto e nascimento no Brasil. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas em maternidades públicas, privadas e mistas (maternidades privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS).

A pesquisa teve como objetivo averiguar os determinantes, magnitude e efeitos das intervenções obstétricas no parto, analisando a incidência de cesarianas desnecessárias; a motivação das mulheres em optar por determinada modalidade de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; além de descrever as estrutura das

instituições hospitalares no que tange a qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos.

Conforme o estudo, o SUS foi o responsável pelo pagamento de 80% do total de partos ocorridos em maternidades públicas e mistas, os 20% restantes ocorreram no setor privado, com pagamento realizado pelo plano de saúde ou por meio particular. Uma parcela significativa de maternidades não possuía o conjunto mínimo de equipamentos e medicamentos a fim de assegurar atendimentos nos casos de emergência à parturiente e ao neonato, sendo as regiões Norte e Nordeste, seguidas da Centro-Oeste as que apresentaram as maiores deficiências, sobretudo nos estabelecimentos públicos e mistos. As regiões Sul e Sudeste apresentaram maternidades mais bem estruturadas, estando esses hospitais em proporções próximas e em alguns casos até superiores se comparados com os da rede privada. Além disso, os resultados expressaram que um número significativo de mães e recém-nascidos foram expostos a riscos desnecessários e evitáveis.

Outro importante dado levantado refere-se à inconsistência das informações nos prontuários médicos quando comparados com as entrevistas das puérperas, fator significativo que corrobora para que muitas iatrogenias permaneçam silentes e inviabilizadas no cenário do parto. Constatou-se ainda, a chamada “epidemia das cesáreas” no cenário do parto brasileiro, realizada em 52% dos nascimentos, sendo a problemática ainda mais crítica no setor privado, alcançando o patamar de 88% dos partos. Não houve quaisquer justificativas clínicas que justificassem esse percentual tão elevado. Estima-se que no Brasil, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas a esse tipo de cirurgia sem indicação obstétrica adequada, expondo-se a riscos de morbidade e mortalidade, aumentando significativamente os recursos empregados na área de saúde e perdendo a oportunidade do protagonismo no momento do parto.

As cesarianas foram ainda frequentes nas adolescentes (42%) que representaram 19% das mulheres participantes da pesquisa, destacando-se o perfil desfavorável destas com relação às adultas, uma vez que mais de dois terços pertenciam a classes sociais baixas (D e E), estavam em atraso escolar ou fora da escola, além de possuírem desvantagens quanto ao acesso ao pré-natal e número de consultas realizadas, fator que contribui significativamente para práticas associadas a violência obstétrica em virtude da vulnerabilidade latente da gestante que não realizou devidamente o acompanhamento pré-natal.

Ademais, a maioria das adolescentes eram pretas e pardas (71%), desigualdade que se refletiu também na fonte de pagamento do parto, tendo em vista que somente 4,5%

pariram em estabelecimento privado. Entre as parturientes que optaram pelo parto via vaginal, observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado, ignorando-se as evidências científicas disponíveis. A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas e/ou procedimentos desnecessários, tais como: restrição ao leito, sem qualquer estímulo para caminhar; privação de alimentos durante o trabalho de parto; uso de medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina sintética); uso da episiotomia<sup>6</sup>; parto em posição de litotomia<sup>7</sup>; uso da manobra de Kristeller<sup>8</sup>. Tais meios são hábitos rotineiros empregados pelos profissionais de saúde, não obstante serem práticas que violam contundentemente os direitos humanos das parturientes, ferindo suas integridades física, sexual e sobretudo psicológica, frequentemente caracterizando-se como condutas materializadoras da violência na atenção obstétrica.

Um valor muito ínfimo de mulheres pôde experienciar o parto sem as intervenções citadas anteriormente, totalizando apenas 5%, em uma notável contraposição aos 40% observados no Reino Unido, por exemplo. O padrão analisado se distribuiu igualmente em todas as regiões do Brasil envolvidas na pesquisa, fator que demonstra que a medicalização do parto é uma prática arraigada culturalmente e disseminada em todo país.

Outro dado relevante apontado na pesquisa refere-se à presença do acompanhante em algum momento do parto (75%), garantindo o direito estabelecido através da promulgação da Lei 11.108/2005 que permitiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, direito que se negado, configura-se como uma das práticas de violência obstétrica. Destaca-se, entretanto, que mesmo com a promulgação da lei, menos de 20% das mulheres se beneficiaram com a presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esta garantia assegurada em maior escala às mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram parto cesariana.

Consoante a pesquisa, 70% das mulheres preferia o parto vaginal no início da gestação, entretanto, ao fim dos nove meses, apenas 15% no setor privado manteve sua escolha, sugerindo-se que a mudança de decisão não estava atrelada a ocorrência de problemas ou complicações durante a gestação, mas sim à ausência de orientação devida no pré-natal. Um terço das mulheres que optava pela cesariana desde o início da gestação

---

<sup>6</sup> Procedimento cirúrgico para aumentar a abertura do canal vaginal, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia a fim de facilitar a saída do bebê no momento do parto.

<sup>7</sup> Posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionados a 90°, expondo o períneo, conhecida também como posição ginecológica.

<sup>8</sup> Manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve a fim de acelerar o trabalho de parto.

afirmava que a principal razão para tal escolha era o medo da dor. Entre as mulheres com parto cesáreas anteriores, apenas 15% tiveram parto vaginal na nova gestação, indicativo que demonstra o preceito vigente no Brasil de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Os nascimentos prematuros (antes da 37ª semana) atingiram a proporção de 11,3%. Ademais, houve uma proporção elevada de bebês que nasceram na 37ª e 38ª semana que embora não sejam considerados prematuros, poderiam alcançar mais peso e maturidade caso a gestação tivesse alcançado a 39ª semana ou mais. A epidemia dos nascimentos entre a 37ª e 38ª semana gestacional implica em um dado relacionado às cesáreas eletivas<sup>9</sup>, agendadas antes mesmo do início do trabalho de parto, especialmente no setor privado, impactando negativamente no desenvolvimento dos nascituros que são mais frequentemente internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, necessitando de maior suporte ventilatório para respirar e apresentando maiores riscos de morbidade e mortalidade, evidenciando-se assim, a necessidade de cuidados e procedimentos médico-hospitalares que seriam inicialmente desnecessários, aumentando os riscos para os pacientes e gerando ônus evitáveis para os serviços de saúde públicos ou mistos.

Além disso, a separação precoce da mãe-bebê também foi observada em proporções elevadas, sendo mais frequente nas regiões e grupos populacionais com maior poder aquisitivo, evidenciando que nem sempre o acesso às melhores práticas pode ser associado ao maior poder aquisitivo. O tipo de parto escolhido também contribuiu significativamente para essa separação, uma vez que as mulheres que optaram pelo parto vaginal permaneceram mais tempo com os seus bebês, em contraposição àquelas que optaram pela cirurgia cesariana.

Quanto a mortalidade materna decresceu no período de 1990 a 2011 de 143 casos para 61 por 100 mil nascidos vivos, com redução de 3,7% ao ano, valores ainda inaceitáveis pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), da ONU, que estipula como aceitável um percentual de 35 mortes por 100 mil nascimentos. Quanto à mortalidade neonatal observada no estudo, constatou-se que esta associa-se ao baixo peso ao nascer, risco gestacional e atendimento ineficiente do pré-natal ao parto, fatores associados a peregrinação por leito e ausência de UTI neonatal para as crianças com peso inferior a 1500 g, todas práticas que podem ser configuradas como violência obstétrica como se passará a demonstrar.

---

<sup>9</sup> A cesárea eletiva é aquela realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e feita conforme a conveniência médica, antes mesmo do início do trabalho de parto, dissuadindo muitas vezes a mulher quanto à sua necessidade e também a coagindo.

Ademais, o estudo apontou considerável índice de óbitos relacionados à asfixia no período intraparto<sup>10</sup> e prematuridade tardia<sup>11</sup> demonstrando uma qualidade inadequada na atenção hospitalar, tendo em vista que os óbitos poderiam ser evitados com a melhoria na assistência ao parto. Constatou-se ainda que essas taxas de mortalidade neonatal apresentaram índices mais altos nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas.

Averiguou-se que as maiores insatisfações relacionadas ao atendimento ao parto foram relatadas por mulheres pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade, residentes das regiões Norte e Nordeste e que tiveram parto via vaginal majoritariamente no setor público de saúde, indicando conforme apontado pela pesquisa, uma elitização da assistência ao parto no Brasil.

Outra problemática relevante apontada, refere-se à saúde mental materna, sendo a depressão detectada em 26% das mães entre 6 e 18 meses após o parto, acometendo mais frequentemente mulheres de baixa condição social e econômica, pardas e indígenas, mulheres sem companheiro, que não desejavam a gravidez, com três ou mais filhos. Destacou-se como fator associado à depressão materna, a insatisfação do atendimento prestado à mãe e ao bebê durante a internação para o parto e após o nascimento, evidenciando-se a possibilidade da violência obstétrica constituir fator de risco para a saúde mental das gestantes.

Como conclusão geral apontada pela pesquisa pioneira verificou-se que as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos a riscos adversos no parto e nascimento. As mulheres de nível social elevado sofrem mais intervenções obstétricas, em destaque para as cirurgias cesarianas, dando à luz a uma grande porcentagem de bebês com menos de 39 semanas. As pertencentes à classe baixa são atendidas no setor público e submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos e demonstram menor satisfação com a atenção recebida. Ou seja, mulheres e bebês brasileiros, estão expostos à violência obstétrica e todas as consequências associadas a este tipo de violência institucionalizada, independentemente da classe social à qual pertencem.

Conforme as recomendações apontadas pela pesquisa, considera-se a partir dos dados levantados a premente urgência em reformar o modelo de atenção ao parto e nascimento no país, tendo em vista que as situações adversas estão atreladas a problemas relacionados à qualidade da assistência ao pré-parto, parto e pós-parto, sendo necessário,

---

<sup>10</sup> Período que transcorre o nascimento de uma criança, indo desde o trabalho de parto até a expulsão da placenta.

<sup>11</sup> Considera-se prematuridade, o nascimento de uma criança antes das 37 semanas completas de idade gestacional. Estas crianças são denominadas de recém-nascidos pré-termos ou prematuros. Os prematuros tardios são aqueles nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, representando em torno de 70% dos nascimentos na prematuridade (PORCIÚNCULA, 2013, p. 7)

portanto, o empenho de todos os gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, sociedade civil e melhor informação das parturientes em relação a seus direitos para que haja uma efetiva mudança no cenário do nascimento no país.

O capítulo a seguir trata do fenômeno da violência obstétrica permitindo a sua compreensão a partir das perspectivas de gênero e poder, a formação médica e jurídica como fator preponderante para naturalização e consequente invisibilização do fenômeno expondo-se as situações violadoras mais comuns, os direitos e princípios vilipendiados e a apresentação da legislação acerca da violência obstétrica no Brasil e no direito latino-americano.

### 3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: conceituação e caracterização

A mulher estava lá, sem acompanhante, com as pernas amarradas nas perneiras, uma médica gritando mandando ela fazer força e um monte de gente ali assistindo, olhando prá vagina dela esperando nascer... o maqueiro, a moça da limpeza, o rapaz da recepção... todo mundo aqui já viu um parto. Isabel, Serra (ES). (KONDO et al., 2014b, p. 6).

A passagem por uma maternidade é vivenciada como um marco na vida das mulheres, o início de um novo ciclo cheio de novas sensações e permeado de experiências que podem ser prazerosas, mas que também podem ser associadas a dor intensa e sofrimento, ocasionando sequelas exponenciais, marcando um momento único por toda vida.

Há formas de violência institucionalizadas que são silentes, agressivas, opressoras, dominadoras e que se escondem no nível macroestrutural, no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008), a exemplo a violência no parto.

Conforme Diniz (et al. 2015), o sofrimento das mulheres na assistência ao parto é registrado em diferentes momentos históricos, apesar das denominações diversas sobre a problemática. No final da década de 50, já despontava rumores acerca da violência no parto. A revista americana destinada a donas de casa intitulada *Ladies Home Journal* publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”, descrevendo como tortura o tratamento às parturientes submetidas ao sono crepuscular<sup>12</sup>. Assim, os profissionais utilizavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto apresentavam hematomas. Além disso, a matéria expunha as lesões decorrentes do uso de fórceps usados rotineiramente em primíparas<sup>13</sup> que geralmente estavam desacordadas. O acontecimento motivou importantes mudanças nas rotinas de assistência ao parto e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia.

Em 1958 no Reino Unido, um movimento reivindicando tais direitos, culminou na criação da Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. Em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicou o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud* no Peru expondo as inúmeras violações de direitos humanos durante o parto (Diniz et al., 2015).

No Brasil, o primeiro trabalho que se tem conhecimento abordando a temática foi exposto em 1981 no “Espelho de Vênus” do Grupo Ceres através de uma etnografia

<sup>12</sup> Conhecido como “*twilight sleep*”, constituía-se de uma combinação de dois medicamentos: morfina e escopolamina, produzindo uma sedação profunda, geralmente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações.

<sup>13</sup> Aquela que vai parir pela primeira vez.

descrevendo o parto institucionalizado e suas violações. A violência obstétrica já aparecia como tema das políticas de saúde no final da década de 1980: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres. (Diniz et al., 2015).

Conforme Sena e Tesser (2017) desde as décadas de 80 e 90, grupos de profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres impulsionados pelo movimento feminista começaram a disseminar as discussões acerca da violência no parto. Entretanto, somente a partir da década de 90, intensificando-se nos anos 2000, o tema passou a ser analisado como um campo de investigação formal no país.

No contexto da humanização do parto no Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), organização da sociedade civil que atua desde 1993, tendo como principal objetivo a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas e em conformidade com as recomendações da OMS possui papel de destaque, desempenhando uma importante função no movimento denominado “humanização da assistência ao parto e nascimento” com escopo de diminuir as intervenções desnecessárias e promover os cuidados indispensáveis à parturiente (RATTNER et al., 2010).

A “Carta de Campinas”, documento que marcou a fundação da Rehuna, elaborada entre os dias 15 e 17 de 1993, contando com a participação de representantes de grupos e entidades mostrou a situação do nascer no Brasil, denunciando as circunstâncias de violência e constrangimento a que são submetidas mulheres e crianças no nascimento, propondo importantes reflexões sociais sobre a temática. A rede “apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto e nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da medicina baseada em evidências científicas”. (RATTNER et al., 2010, p. 216-217).

Além disso, dentro desse contexto, há mais de duas décadas, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal (OMS, 1996)<sup>14</sup>. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo, expondo as condutas obstétricas recomendadas e que devem ser mantidas, além daquelas que necessitam ser realizadas com cautela devido à falta de comprovação de seus benefícios; as danosas ou prejudiciais que devem ser abolidas; e as práticas inadequadas.

---

<sup>14</sup> A - Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B - Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C - condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e D - condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano que benefício. (Vide anexo).

Tomando por base esse documento, o Ministério da Saúde lançou em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento a fim de garantir as recomendações e direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

No entanto, a discussão sobre a violência no parto alcançou mais notoriedade em 2010, quando a pesquisa nacional intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” (VENTURI; GODINHO, 2010) realizada pela Fundação Perseu Abramo atestou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) sofreram algum tipo de maus-tratos e ou desrespeito durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Tais dados evidenciaram a necessidade de discussão urgente de um problema de saúde pública latente e invisibilizado que vigora há muitos anos, promovendo discussões acerca da problemática e disseminando novas pesquisas acadêmicas, além da contribuição de importantes ações dos movimentos de mulheres.

Em 2012, o vídeo-documentário popular “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”<sup>15</sup> (ZORZAM et al., 2012) expôs depoimentos reais de mulheres que sofreram essa modalidade de violência, sensibilizando a opinião pública. No mesmo ano, foi aplicado o “Teste da violência obstétrica” (FRAZON; SENA, 2012) por meio das mídias sociais e envolvimento de 74 blogs, contando com a participação de quase duas mil mulheres que tiveram seus filhos em maternidades particulares ou públicas, casas de parto ou domicílio, nos meses de março e abril de 2012. Metade delas se disse insatisfeita com a qualidade do cuidado médico e hospitalar recebido para o nascimento de um filho, em conformidade com os dados já expostos pela Fundação Perseu Abramo na pesquisa realizada em 2010.

Segundo Sena e Tesser (2017) a partir dessas divulgações, o movimento de mulheres, em especial, das mulheres-mães passou a problematizar coletivamente, em escala exponencial, importantes discussões sobre a temática, passando a utilizar o termo “violência obstétrica” no país, nomenclatura cunhada, portanto, a partir desses movimentos de mulheres e somente depois incorporada na produção científica atual.

Anteriormente, o conceito normativo da prática já havia sido adotado pela Venezuela, primeiro país latino-americano a utilizar a expressão “violência obstétrica” na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência promulgada em 16 de março de 2007. Posteriormente, o termo *obstetric violence* foi cunhado no meio acadêmico

---

<sup>15</sup> Filme produzido em 2012 como uma atividade do Grupo de Pesquisa “Gênero, Maternidade e Saúde”, liderado pela professora Dra. Carmen Simone Grilo Diniz, do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP. Produção e edição: Ms. Bianca Zorzam, Ms. Ana Carolina Franzon, Ms. Heloisa Salgado, Dra. Ligia Moreiras Sena (UFSC), em parceria com a jornalista Kalu Brum e o videomaker Armando Rapchan.

pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio em um editorial *online* publicado em 6 de outubro de 2010 no *International Journal of Gynecology and Obstetrics*<sup>16</sup>, descrevendo as menções específicas da nomenclatura "violência obstétrica" ora citada na lei venezuelana.

Desde então, os movimentos feministas passaram a utilizar o termo na luta pela eliminação e punição dos atos e demais procedimentos violentos realizados durante o atendimento e assistência ao parto, em prol da humanização no momento da concepção. A humanização na assistência ao parto requer uma mudança na compreensão da concepção como experiência humana de dor, propondo também uma mudança sobre "o que fazer" diante do sofrimento do outro. Sob essa perspectiva, para fins de análise dessa modalidade de violência, adotou-se o conceito proposto por Chauí, sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria em uma relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, *quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência* (CHAUÍ, 1985, p. 35, grifo nosso).

Tal perspectiva coaduna perfeitamente com a violência obstétrica, uma vez que esta corresponde a uma forma específica de violência institucional e violência de gênero, em que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde que em uma posição hierárquica superior, exercem o controle sobre os corpos e a sexualidade das parturientes. Também conhecida como violência institucional na atenção obstétrica, a terminologia agrupa todas as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, abrangendo momentos distintos, indo desde o pré-natal, parto, pós-parto até as situações de abortamento, expressando-se de modo explícito ou velado (KONDO et al., 2014a).

Segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), esta violência é expressa pela negligência na assistência, violência verbal (incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional ou não), violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), além da violência sexual, categorias de violência semelhantes às que ocorrem nas relações pessoais, mas que são identificáveis e materializadas nos serviços reprodutivos de saúde.

---

<sup>16</sup> Jornal internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

Salienta-se que o termo às vezes pode suscitar uma impressão equivocada de uma violência somente no que tange as violações de caráter físico contra a parturiente, malgrado a imposição de intervenções danosas envolvam tanto a integridade física como a sexual e psíquica da mulher, desrespeitando sua autonomia. Segundo a OMS (1996; 2014), muitas das intervenções que são aplicadas rotineiramente são consideradas como um fator de risco tanto para a mulher quanto para o neonato. Ademais, as crenças e os preconceitos no que concerne à sexualidade e saúde das mulheres em uma sociedade tipicamente patriarcal contribuem sobremaneira na forma como elas são percebidas e (des)tratadas pelos mais diversos profissionais que sobre elas podem exercer algum poder em seus exercícios funcionais, independentemente, inclusive, do gênero destes.

No segundo semestre de 2014, a OMS se pronunciou a respeito da temática, publicando em seis idiomas uma declaração acerca da violência obstétrica, exigindo políticas e promoção à assistência obstétrica humanizada, além da adoção de medidas governamentais no sentido de abolir o desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto. Segundo a Organização:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (2014, p. 1-2).

Alguns pesquisadores (CIELLO et al., 2012) consideram que o conceito de violência obstétrica deve ser analisado em sentido mais amplo, identificando-o como uma prática não exclusiva do profissional da saúde, uma vez que as fontes de agressão contra as mulheres em seus processos reprodutivos são plurais. E, portanto, teriam-se como atos caracterizadores todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, podendo expressar-se através de um caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e inclusive midiático.

O caráter físico é violado por meio de ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação

baseada em evidências científicas. As violações de caráter psicológico denotam toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. O caráter sexual envolve toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo incidir diretamente ou não nos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo (CIELLO et al., 2012).

As violações institucionais descrevem ações (de natureza pública ou privada) ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos. As ações de caráter material constituem-se por condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. E o caráter midiático expressa-se por ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação (CIELLO et al., 2012).

Malgrado, a importância e extensão dessa definição, durante este trabalho o conceito de violência obstétrica foi delimitado ao campo da violência de tipo institucional, mas não sendo esta circunscrita apenas às condições físicas, organizacionais e de recursos, mas envolvendo também a conduta pessoal de desrespeito de todos os profissionais que estão atuando diretamente com a mulher nesse contexto, a fim de muitas vezes, impor a sua autoridade profissional à paciente. A abordagem proposta vai além da dimensão estrutural da assistência à saúde, referindo-se também à interação entre os indivíduos através das ações de intervenção técnica, evitando-se assim, o equívoco de delimitar as violações nos serviços de saúde como consequência única da própria estrutura da organização.

Além disso, no contexto da pesquisa vislumbrou-se o entrelaçamento dessa modalidade de violência institucional com as representações de gênero, tendo em vista que embora as relações desiguais de poder envolvam médicos e pacientes, as parturientes são negligenciadas como sujeitos de direitos, principalmente no contexto sexual e reprodutivo, uma vez que há uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional. Nesse sentido,

A violência institucional decorre das relações sociais marcadas pelo descaso com os aspectos humanísticos do cuidado, da rigidez hierárquica nas relações dos profissionais de saúde com os pacientes/clientes, das falhas no processo de comunicação, da mecanização do cuidado, do uso inadequado da tecnologia, do não compromisso dos profissionais com o processo de cuidar (SOUZA, 2014, p. 42).

A violência institucional é exercida tanto no âmbito público quanto privado, por ação ou omissão e inclui desde a dimensão mais ampla relacionada à falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços, compreendendo ainda, os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições. Esta violência pode ser identificada de várias formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e, buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (BRASIL, 2001b).

A violência institucional obstétrica nos serviços de saúde se caracteriza por sua invisibilidade e por uma aceitação social como uma violência “natural” e justificável, uma vez que as violações dos direitos das mulheres à sua integridade corporal e à sua condição de pessoa são consideradas irrelevantes ou mesmo necessárias, praticadas para o “bem” das mulheres<sup>17</sup> e principalmente em prol do bem-estar dos bebês (DINIZ, 2006). Desta forma, “o dano iatrogênico é invisibilizado e re-descrito como um dano “natural” do parto, associado ao processo fisiológico e não às intervenções” (DINIZ, 2009, p. 320). Além disso,

O profissional de saúde, sendo produtor e reproduzidor de sentidos e símbolos em relação à saúde e à área a que pertence, provoca sofrimento porque reproduz a própria prática em ações que o dirigem para ser igual aos demais da mesma área, não se transformando em uma ameaça endógena, pois não questionará as condutas inadequadas, mas sim vai repeti-las onde pareça normal fazê-lo. [...] No caso da assistência prestada às mulheres gestantes, parturientes e puérperas, a banalização da violência se apresenta de diversas formas, vai desde a exposição desnecessária do corpo das pacientes (em nome da necessidade de aprendizado de alunos ou de exames muitas vezes dispensáveis), passam pela despersonalização da mulher

<sup>17</sup> Segundo Nogueira (1994) isto é constantemente percebido, pois as instituições sociais legitimam relações e formas de dominação sutis e profundamente arraigadas na cultura, fazendo com que estas pareçam naturais.

internada, chegando até a agressões físicas explícitas e as muitas intervenções desnecessárias que são feitas sem o conhecimento e mesmo à revelia da paciente (PEREIRA, 2000, p. 15-16).

Nesse sentido, Diniz (2006) aponta que as instituições de saúde frequentemente “sinergizam” várias formas de opressão, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias, sem que consigam reconhecer o conteúdo opressor inerente a tais procedimentos. Isso é especialmente verdadeiro na atenção obstétrica, onde as rotinas técnicas, de tão repetidas, se “descolam” de sua finalidade original, parecendo neutras aos seus agentes, não sendo observadas como recursos que podem limitar, promover ou violar os direitos das parturientes, a exemplo, as cesáreas eletivas e as episiotomias de rotina.

Neste estudo optou-se por sintetizar as categorias conforme proposta apresentada por D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002): negligência na assistência, violência verbal, violência física e violência sexual. Tendo em vista o dano potencial, bem como a relevância dada à violência psicológica pelas parturientes em seus relatos, optou-se por adicionar tal categoria às propostas pelas autoras supracitadas.

A partir do panfleto expositivo organizado pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) sobre a violência obstétrica, bem como a partir da literatura utilizada no decorrer deste estudo, elaborou-se a síntese abaixo apresentando: as categorias de desrespeito e abusos na atenção obstétrica – os direitos violados em cada uma delas – e os danos iatrogênicos por elas causados.

Quadro 1: Categorias de violência obstétrica, direitos e/ou princípios violados e danos iatrogênicos correlacionados

| <b>Categorias</b> | <b>Direitos e/ou princípios violados</b>                                                                                                                                                                                             | <b>Danos iatrogênicos correlacionados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Negligência       | Dignidade da pessoa humana<br>Direito à segurança<br>Direito à igualdade<br>Direito à saúde<br>Integridade pessoal                                                                                                                   | Abandono, negligência ou recusa de atendimento às mulheres que são percebidas como queixosas, descompensadas ou demandantes; negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Abuso físico      | Dignidade da pessoa humana<br>Direito à saúde<br>Proteção à maternidade e à infância<br>Princípios e da Beneficência e da Autonomia<br>Direito à informação<br>Direito ao protagonismo<br>Direito à liberdade<br>Integridade pessoal | Procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso): episiotomia sem necessidade clínica, manobra de Kristeller, cesáreas eletivas, exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, privação de alimentos e bebidas, imobilização de braços e pernas (uso de algemas nos casos das presas parturientes), restrição da posição para o parto, intervenções sem anestesia, descolamento de membrana e/ou ruptura artificial da bolsa sem consentimento da mulher, “ponto do marido”, ou |

|                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   |                                                                                                                                                                                                | sutura da episiotomia maior que a necessária para fechar o corte a fim de estreitar a vagina e oferecer maior prazer sexual ao parceiro, uso de fórceps sem indicação clínica, tricotomia (raspagem obrigatória dos pelos pubianos), enema (lavagem intestinal), manobra de Valsalva (orientar a mulher a "trincar os dentes e fazer força). Mulheres e/ou bebês que ficam retidos em estabelecimentos de saúde até que se resolva pendências com plano de saúde ou questões relacionadas ao pagamento. Impedimento ou retardo no contato da mulher com o bebê após o parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Abuso verbal      | Dignidade da pessoa humana<br>Proteção à maternidade<br>Direito à saúde<br>Integridade pessoal                                                                                                 | Tratamento verbal de modo grosseiro, humilhante, áspero, repreensivo, ameaçador. Uso de frases jocosas, xingamentos e insultos ridicularizando e humilhando a mulher. Nos serviços de aborto, as mulheres podem ser verbalmente abusadas, estigmatizadas e ter sua moral questionada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Abuso sexual      | Dignidade da pessoa humana<br>Proteção à maternidade<br>Direito à saúde<br>Integridade pessoal                                                                                                 | Ações que se referem ao controle da sexualidade da mulher através do abuso da posição de poder e confiança; como assédio sexual, flerte; "cantadas", contatos físicos forçados, convites impertinentes, insinuações, incitações sexuais; mutilação da vagina. Exames de toque sucessivos, dolorosos e realizados por diferentes pessoas, episiotomia, ponto do marido, laqueaduras ou histerectomias sem aviso prévio, sem esclarecimento e sem consentimento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Abuso psicológico | Dignidade da pessoa humana<br>Direito à saúde e segurança<br>Proteção à maternidade e infância<br>Direito à igualdade<br>Direito ao acompanhante<br>Direito à liberdade<br>Integridade pessoal | Pode ocorrer isoladamente, no entanto, acompanha todas as categorias e danos iatrogênicos listados, uma vez que representa qualquer conduta que cause dano emocional ou prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação da mulher; diminuição, prejuízo ou perturbação ao seu pleno desenvolvimento; que tenha o objetivo de degradá-la ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio, qualquer tipo de discriminação em virtude da raça, etnia, idioma, histórico médico, crenças, preferências, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, status econômico e nível educacional da mulher. Proibição injustificada de acompanhante ou autorização apenas para acompanhantes do sexo feminino. Questionamento à mulher quando à causa do abortamento (se intencional ou não); ameaça, acusação e culpabilização da mulher nos casos de abortamento; coação com finalidade de confissão e denúncia à polícia. |

Fonte: Autora, 2017.

Todas as formas elencadas impedem a mulher de exercer sua autonomia no processo do seu próprio parto e configuram a violência obstétrica. Bowser e Hill (2010) citam potenciais contribuintes para o desrespeito e o abuso no parto, tais como: a normalização de

condutas inapropriadas envolvendo desrespeito e abuso durante o parto; falta de engajamento e fiscalização da comunidade; condições financeiras da mulher e da sua família; falta de autonomia e capacitação das mulheres. D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) enfatizam que a violência institucional na atenção obstétrica é invisível ou aceita socialmente como natural, pois é justificada como “práticas necessárias ao bem das próprias mulheres”.

Essa epidemia silenciosa vem sendo problematizada há muito como um dos grandes problemas de saúde do Brasil. Conforme o Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre Mortalidade Materna divulgado desde agosto de 2001, 98% das causas de morte materna são evitáveis<sup>18</sup>, nesse sentido, a violência obstétrica contribui para a manutenção dos altos índices de mortalidade e neonatal no país, os quais revelam-se muito elevados se comparados aos países desenvolvidos.

De acordo com Diniz et al. (2015), a violência obstétrica tem implicações sobre a morbimortalidade materna das seguintes formas: a. risco adicional associado aos eventos adversos inapropriados durante o parto normal, tais como o recurso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto, manobra de Kristeller, fórceps, episiotomia, dentre outras intervenções invasivas e potencialmente danosas; b. em um parto agressivo como forma de constrangimento e coerção para possível realização de uma cesárea; c. na negligência no atendimento às parturientes que expressam seu sofrimento (por meio de choros, gritos e gemidos), que pedem ajuda de modo insistente ou que desejam ser atendidas com urgência; d. na hostilidade contra profissionais de saúde e mulheres dissidentes quanto ao modelo hegemônico de assistência; e. na hostilidade, negligência e retardo no atendimento das mulheres em situação de abortamento; f. no impedimento da presença do acompanhante, o que ameaça contundentemente a segurança da mulher nas situações de violações dos seus direitos.

Desta forma, é imprescindível que as práticas obstétricas estejam de acordo com os níveis aceitáveis de interferência no corpo e saúde das gestantes, incluindo as intervenções físicas praticadas pelos profissionais de saúde na atenção obstétrica de forma a prevenir a ocorrência de potenciais danos à saúde e vida das parturientes, uma vez que “contrariando o senso comum, a violência não diminui necessariamente na gestação, chegando em muitos casos a piorar em intensidade ou frequência” (DINIZ, 2001, p. 48) o que reforça a necessidade urgente deste estudo.

---

<sup>18</sup> As mortes evitáveis são aquelas que poderiam ter sido prevenidas se as mulheres tivessem acesso a serviços adequados de atenção à saúde durante a gravidez, parto e puerpério.

Nesse sentido, para melhor compreensão da violência obstétrica, bem como sua devida contextualização, faz-se necessário problematizar a temática a partir dos conceitos de gênero e poder, ampliando o enfoque para a violência de gênero, violência institucional e violência simbólica presentes nas mais diversas instituições privadas ou estatais e sendo observadas no ciclo gravídico-puerperal, conforme as ponderações do subtópico a seguir.

### **3.1 Violência de gênero e poder:** reflexões necessárias para contextualizar a violência obstétrica

Nossas vidas estão hoje ameaçadas não somente por aquilo que as ameaça, mas também por aquilo que as protege: a ciência e a medicina. (Edgard Morin)

A correlação entre a violência atravessada pelas questões de gênero originou-se a partir das reivindicações do movimento feminista. A violência contra as mulheres se distingue das demais violências tendo em vista a alteridade inerente aos agentes envolvidos, ou seja, ela é motivada pelas desigualdades nas relações entre os sujeitos. Nesse sentido, a violência<sup>19</sup> praticada por meio de múltiplas formas contra as mulheres é manifestada através da desigualdade de poder perpetuada ao longo da história nas relações desiguais entre homens e mulheres e também entre mulheres e mulheres, uma vez que “a organização social de gênero é cotidianamente alimentada não apenas por homens, mas também por mulheres”<sup>20</sup> (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995, p. 02).

O caráter endêmico da violência de gênero desconhece qualquer fronteira, classe social, tipos de cultura ou grau de desenvolvimento econômico, podendo ocorrer em espaços públicos e privados, e ser praticado em qualquer etapa da vida das mulheres. Na última década do século XX, a ubiquidade dessa violência tornou-se um problema notório de saúde pública, acelerando repostas do setor de saúde e pesquisas de campo na área, tendo em vista a cascata de efeitos negativos sobre a saúde física e mental, interferindo no bem-estar das mulheres.

Joan Scott, em seu artigo intitulado “Gênero: uma categoria útil de análise histórica” explicita que na gramática, “o gênero é compreendido como uma forma de classificar fenômenos, um sistema socialmente consensual de distinções e não uma descrição objetiva de traços inerentes” (1995, p. 72). Assim, “o gênero é um elemento constitutivo das

<sup>19</sup> Para Heise a violência é “um fenômeno extremamente complexo, com raízes profundas nas relações de poder baseadas no gênero, na sexualidade, na auto-identidade e nas instituições sociais” (1994, p. 29).

<sup>20</sup> Conforme Saffioti e Almeida (1995), embora o gênero seja concebido como uma relação entre sujeitos socialmente construídos em determinados contextos históricos, não denotando nenhum ser substantivo, é preciso atentar-se para o fato de que gênero também designa o masculino e o feminino.

relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos” (1995, p. 86). Por outro lado é, também, “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (1995, p. 86).

Sob esse aspecto, pelo fato das relações de gênero serem relações de poder, elas não são fixas e sim, fluidas e mutáveis, podendo variar de sociedade para sociedade, no tempo e no espaço, ou mesmo em uma dada sociedade, a depender dos ambientes nos quais homens e mulheres interagem (SARDENBERG, 2011).

Segundo Scott (1995), o gênero implica quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas (a exemplo de Eva e Maria); os conceitos normativos que expressam interpretações dos significados dos símbolos, limitando e contendo suas possibilidades metafóricas, expressos em doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomando a forma típica de uma posição binária fixa que afirma categoricamente o significado de homem e mulher, masculino e feminino e mais dois elementos a serem detalhados a seguir. Esses dois elementos enumerados apresentam estrategicamente a noção de gênero construída pelas relações simbólicas e culturais.

O terceiro elemento implicado no conceito em questão refere-se à concepção de gênero de modo ampliado, não sendo restrito apenas ao sistema de parentesco, mas também atrelando-o ao mercado de trabalho (uma vez que um mercado sexualmente segregado constrói o gênero), educação (visto que as instituições de educação somente masculinas contribuem para esse processo), e o sistema político (uma vez que o sufrágio universal masculino também contribuiu para o processo de construção de gênero); e por fim, o quarto elemento implicado no conceito de gênero refere-se a sua construção levando em consideração também a identidade subjetiva do indivíduo. Sendo assim, importante considerar que a construção do gênero é permeada tanto por aspectos externos ao sujeito (social, político, econômico) quanto por aspectos internos, ou seja, ao que é inerente à subjetividade e identidade dos indivíduos.

Para Saffioti e Almeida, “embora o gênero não se consubstancie per si, por ser relacional, atravessa e constrói a identidade do homem e da mulher”. (1995, p. 08). Para Lauretis, o gênero não é apenas uma construção sociocultural, mas também um aparelho semiótico “um sistema de representação que atribui significado (identidade, valor, prestígio, posição no sistema de parentesco, *status* na hierarquia social, etc) aos indivíduos no interior

da sociedade”<sup>21</sup> (1987, p. 05, tradução nossa). Assim, “homens e mulheres são classificados pelo gênero e separados em duas categorias: uma dominante, outra dominada, obedecendo aos requisitos impostos pela heterossexualidade. A sexualidade, portanto, é o ponto de apoio da desigualdade de gênero (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995, p. 23). Conforme observa Ayales:

Se tomarmos em conjunto as características que socialmente são atribuídas aos homens em comparação às mulheres, pode-se comprovar que cada uma tem sua contrapartida no outro pólo. Homens e mulheres em nossa sociedade se complementam a partir de relações desiguais e assimétricas. Por exemplo, mantém-se a noção de que para umas pessoas serem fortes as outras devem ser fracas, para que uns dominem, outros devem ser dominados. Desta maneira, se instauram relações de poder com base na assimetria e na negação de uns em termos do outro (1996, p. 21, tradução nossa)<sup>22</sup>.

Fruto da cultura patriarcal e machista que impera no meio social, a violência de gênero está arraigada e padronizada culturalmente em todas as sociedades falocêntricas, expressando-se de modo contundente em vários setores, dentre eles, na atenção obstétrica. Conforme Murano e Boff (2010), o início do ciclo patriarcal identifica-se com o período histórico da sociedade escravista, onde a mulher era reduzida à mera função de procriadora.

Desta forma, a função feminina no que tange à maternidade é marcada por uma visão idealizada do papel de mãe, tradicionalmente vinculada aos estereótipos femininos de submissão, proteção e abnegação da mulher, destinada exclusivamente a gerar e dar sentido à sua vida no momento da reprodução e sendo considerada digna de respeito somente quando atende aos requisitos impostos pela sociedade, principalmente com relação à maternidade (BRAUNER, 2003).

Conforme Simone de Beauvoir, o sexo para as mulheres sempre esteve, historicamente associado à função reprodutiva. A crença era de que a mulher só realizaria integralmente seu destino biológico por meio da maternidade: “é a maternidade sua vocação ‘natural’, porquanto todo o seu organismo se acha voltado para a perpetuação da espécie” (2009, p. 483). Nessa perspectiva, é o filho que “deve assegurar à mulher uma autonomia concreta que a dispense de se dedicar a qualquer outro fim” (2009, p. 483) de modo que, “se como esposa não é um indivíduo completo, ela se torna esse indivíduo como mãe: o filho é

<sup>21</sup> The sex-gender system, in short, is both a sociocultural construct and a semiotic apparatus, a system of representation which assigns meaning (identity, value, prestige, location in kinship, status in the social hierarchy, etc.) to individuals within the Society.

<sup>22</sup> Si se retoma el conjunto de características que socialmente se adjudican a lo que es hombre y a lo que es mujer, y se comparan, se podrá comprobar que cada una de ellas tiene su contraparte en el otro polo. Hombres e mujeres en nuestra sociedad se complementan desde relaciones desiguales y asimétricas. Por ejemplo, se mantiene el mandato que para que unas personas sean fuertes las otras deberán ser débiles, para que unos sean los que dominen a los otros deben ser dominados. De esta manera se instauran las relaciones de poder con base en la asimetría y la negación de unos por otros.

sua alegria e sua justificação” (2009, p. 483), ou seja, é pelo filho “que ela acaba de se realizar sexual e socialmente; é, pois, por ele que a instituição do casamento assume um sentido e atinge seu objetivo” (2009, p. 483).

Tais concepções dão margem para o surgimento de potenciais violências contra mulheres, embutidas de modo silencioso em um contexto marcado por esse papel idealizado de mãe, arraigado socialmente, defendendo-se arbitrariamente que o “bem-estar” do bebê deve sumariamente passar a ser o que deve importar na vida de uma mulher, em detrimento de si própria e de seus direitos.

Concretamente, na vida cotidiana, são os homens, nesta ordem social androcêntrica, os que fixam os limites da atuação das mulheres e determinam as regras do jogo pela sua disputa. Até mesmo as relações mulher-mulher são normatizadas pela falocracia. E a violência faz parte integrante da normatização, pois constitui importante componente de controle social. Nestes termos, a violência masculina contra a mulher inscreve-se nas vísceras da sociedade com supremacia masculina. Disto resulta uma maior facilidade de sua naturalização, outro processo violento, porque manietta a vítima e dissemina a legitimação social da violência (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995, p. 32).

Desta forma, tem-se nas diferenças de gênero, um contexto ideal para o exercício do poder representado através de uma ideologia dominante com normas que expressam claramente papéis sociais diferenciados. Para Louro (1996), a somatização das relações de dominação, onde se inscrevem os corpos das mulheres (sujeitos dominados) são espaços que incitam o poder. Assim, “a força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificação: a visão androcêntrica impõe-se como neutra e não tem necessidade de se enunciar em discursos que visem a legitimá-la” (BOURDIEU, 2012, p. 18).

Partindo desse pressuposto, estudos comprovam que as parturientes preferem não questionar as práticas médicas, porque consideram os agentes como possuidores de um “saber” maior do que o delas (HOTIMSKY et al, 2002; PEREIRA, 2004; WOLFF; WALDOW, 2008; GOMES; NATIONS; LUZ, 2008; AGUIAR, 2010; AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

O desconhecimento evidenciado por essas mulheres reforça, por um lado, o poder do profissional de saúde e, por outro, a exclusão da parturiente do ato decisório. O que mais surpreende é que, tida como objeto do cuidado, ela não participa das decisões sobre seu próprio corpo, pois é considerada inabilitada para dar conta da complexidade dos cuidados que necessita, restando-lhe resignar-se com o que lhe é oferecido (SANTOS; SHIMO, 2008, p. 648).

Nesse sentido, Luz (2013) afirma que as relações sociais de poder institucional se exprimem através de uma rede de normas que instituem dominantes e dominados, se

confirmando mutuamente em seus “lugares” a partir do momento que se aceitam incontestavelmente regras institucionais e posição hierárquica. A hierarquia, portanto, seria a base da constituição do poder institucional, exprimindo e organizando politicamente as relações sociais. E para fundamentar essas relações institucionais as regras mais importantes são: a ordem e a disciplina. A primeira garante a estrutura; a outra, assegura as relações sociais. Sendo assim, “Sempre é necessário estabelecer a ordem para manter a disciplina e assegurar a disciplina para que não haja quebra da ordem<sup>23</sup>. A base de apoio do triedro do poder institucional é a hierarquia que assegura as relações sociais” (LUZ, 2013, p. 48).

Deste modo, são três os conceitos básicos para compreensão da organização das Instituições como núcleos de poder: a hierarquia, marca da subordinação inferior-superior nos dois vértices; a ordem, fixação do lugar das normas e dos agentes da instituição no conjunto hierárquico, fixação acompanhada de controle sobre o deslocamento dos pólos institucionais; a disciplina, entendida como prática de obediência à hierarquia, sobretudo à hierarquia das relações sociais instituídas (LUZ, 2013, p. 48-49).

Nesse enfoque, a disciplina seria, portanto, a regra mais importante das instituições chamadas por Goffman (1961 *apud* LUZ, 2013) de totais – a exemplo, o quartel, o hospital, a escola, a prisão. A submissão às instituições, nesse sentido, é um processo gradual e lento e a prática às normas institucionais é a prática da submissão. É o momento da vigilância sobre a normalização dos membros integrantes das instituições, o momento do “fazer cumprir” e caso os membros não as cumpram, a função repressiva funciona como instrumento para contenção desse desvio institucional. Assim, a punição é aplicada diante de práticas que se opõe às normas, às regras que fundamentam tais normas, às relações sociais intrainstituição como também aos fundamentos de tais relações, à ciência da instituição e a todo discurso institucional. Desta forma, “pelo temor do exemplo aprende-se também a respeitar a ordem, a disciplina; a aceitar a hierarquia” (LUZ, 2013, p. 50-53).

Contextualizando a discussão posta às práticas na atenção obstétrica, observa-se que as pacientes tidas por queixosas, escandalosas e na perspectiva dos próprios profissionais “não colaborativas” são constantemente negligenciadas como uma forma de punição por não se submeterem às normas impostas e “ignorar” o saber/poder médico, conforme observa-se em pesquisas da área (HOTIMSKY et al, 2002; WOLFF; WALDOW, 2008; AGUIAR, 2010;

---

<sup>23</sup> A disciplina sob a lógica foucaultiana tem seu marco histórico na medida em que surge com ela a arte do corpo humano (Foucault, 1999a). Através de uma política de coerção, os gestos, comportamentos e outros elementos do corpo humano serão manipulados, inserindo-o em uma maquinaria do poder e adestrando o sujeito moderno em um processo lento e cauteloso. Não é de todo um processo de dominação, mas sim de introjeção, a partir do qual se moldará a pessoa em um processo de adestramento do indivíduo, chamado por Foucault de “fabricação de indivíduos máquina” (DINIZ; OLIVEIRA, 2014).

AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Desde a sua chegada ao hospital a gestante é “disciplinada” (GUALDA, 2002), devendo aceitar a hierarquia imposta e não questionar procedimentos e técnicas, sendo afastada da sua família e ainda assim, tendo suas emoções questionadas, negligenciadas, desrespeitadas, desconsideradas e silenciadas.

[...] quando a mulher chega ao hospital, o primeiro procedimento é o da admissão. Marido e familiares são separados da parturiente e esta é submetida à preparação para o parto. Esta consiste de registro de informações úteis do ponto de vista clínico e obstétrico, das condições físicas da mulher e do feto. Neste momento, são prescritos procedimentos que incluem tricotomia, enteroclisma, banho, utilização de roupa privativa do hospital, repouso e jejum. A mulher não pode caminhar livremente ou, mesmo, acomodar-se à vontade na cama. Seu corpo torna-se propriedade e responsabilidade da equipe que a assiste e dita o comportamento adequado. Da mulher espera-se a passividade na convivência com as intervenções (GUALDA, 2002, p. 43).

Santos e Shimo afirmam que “esta realidade demonstra o autoritarismo exercido pela equipe da unidade hospitalar. A relação autoritária é fruto da afirmação do poder de um grupo sobre o outro, que não se dá entre profissionais e cidadãos, mas entre instituição médica e doença” (2008, p. 649). Nesse sentido:

A submissão feminina [...] consubstancia e interfere na relação assimétrica e hierarquizada institucionalizada, entre a mulher e a maioria dos profissionais de saúde. Essa diferença se converte em assimetria e desigualdade, tendo como pano de fundo a exploração, a opressão e a dominação de um indivíduo sobre outro ou de uma classe sobre outra (SANTOS; SHIMO, 2008, p. 649).

Sob uma perspectiva foucaultiana, o dispositivo de poder por meio do “panopticon”<sup>24</sup> tornou-se indispensável e sua aplicação ampliou-se para outros setores da sociedade, tais como, escolas, hospitais, fábricas, e demais instituições nas quais o controle é necessário, disciplinando condutas, determinando comportamentos e manipulando os corpos.

Desta forma, esse poder disciplinar, fruto das transformações da sociedade burguesa, garantiria o controle de todos os indivíduos que fazem parte de uma determinada sociedade, adestrando-os e transformando-os. Complementando esse poder disciplinar, surge

<sup>24</sup> Analisando a obra “Panopticon” de Jerermy Bentham, Foucault apresenta o panoptismo como fundamento para a criação de um dispositivo de poder e também de um controle social, baseado na vigilância e controle por meio da visibilidade e da localização dos corpos no espaço, construindo assim, uma sociedade disciplinar. O Panóptico é uma prisão cuja arquitetura é da seguinte forma: ao redor de uma torre cheia de janelas é construído um conjunto de celas em forma de anel que terão as janelas da torre direcionadas para a parte interna desse anel. Cada cela terá duas janelas, uma na parte externa e outra na parte interna do anel, que será correspondente às janelas da torre. Isso será necessário para que a luz que atravessa a cela chegue até a torre e então é só colocar um vigia na torre central que ele terá uma visão privilegiada do sujeito que está sendo vigiado (FOUCAULT, 1999a).

no século XVIII, um tipo de poder não mais voltado para o indivíduo em caráter particular, mas sim para a população, o qual Foucault intitula de “biopoder”, responsável por controlar as massas, exurgindo assim, um novo cenário: a biopolítica. A biopolítica, nesse sentido, “carecerá de uma tecnologia que deve estar direcionada para dispositivos que devem assegurar a vida da população, pois sua meta é controlar aquilo que possa limitar a vida do homem não em particular, mas no conjunto da espécie humana” (DINIZ; OLIVEIRA, 2014, p. 154). Assim, o biopoder funciona como ferramenta fundamental para essa nova tecnologia de poder, levando-se em conta os fenômenos coletivos. Para efetivar esse controle, será iniciada uma política de policiamento<sup>25</sup>, objetivando controlar as massas, sendo adotados vários procedimentos:

[...] uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, (...) de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população (FOUCAULT, 1999b, p. 291).

Nesse aspecto, a medicina passa a exercer um papel fundamental no controle e gestão do corpo, interferindo nos modos de vida e nas condutas particulares e coletivas através da definição de regras que orientarão a vida moderna, não somente no que diz respeito à doença, mas também quanto às questões comportamentais, sexualidade, fecundidade, fertilidade, natalidade, mortalidade, dentre outros (FOUCAULT, 2008)<sup>26</sup>.

Desta forma, a biopolítica preocupa-se com as relações entre a espécie humana e o meio em que ela vive (FOUCAULT, 1999b), criando mecanismos reguladores para preservar sua existência e manter o equilíbrio da população, operando-se um intenso processo de politização dos corpos, através do qual desenvolve-se a organização do poder sobre a vida. O poder, seria então uma forma de ação sobre a ação dos outros, exercendo-se através das relações (FOUCAULT, 1995).

Sob essa perspectiva, para Foucault, o conceito de corpo e poder estão estreitamente relacionados, uma vez que o corpo seria capaz de ser afetado e de afetar através do poder exercido, sendo portanto imerso em relações de poder, sendo atravessado, marcado, falado e construído por relações, não podendo escapar delas e atuando através das mesmas.

---

<sup>25</sup> Essa política de policiamento não refere-se ao controle no sentido militar, mas sim à vigilância como forma de controle populacional (FOUCAULT, 1999a).

<sup>26</sup> Nesse sentido, “[...] a nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc” (FOUCAULT, 1999b, p. 291).

Por isso, o poder não é algo que está no exterior, mas uma parte constitutiva da pessoa. Desta forma, a principal função desse poder é tornar os corpos maleáveis, e adestrá-los, tornando-os dóceis e moldáveis como forma do exercício do controle e dominação, tendo em vista que “em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 1999a, p. 163).

O poder, desta forma, circula nas relações através dos discursos e práticas<sup>27</sup> e não emana especificamente de um lugar ou instituição. E, nessa perspectiva, o biopoder, conforme proposto por Foucault, seria um mecanismo de poder aplicado pelos estados capitalistas modernos, como forma de controlar as multidões. Através de diversos mecanismos de biopoder, o controle da população pode ser administrado como algo racional e alcançado por consenso, a título exemplificativo, podemos citar os hábitos de saúde, as práticas reprodutivas, os comportamentos sexuais, dentre outros. Neste contexto, utilizando um léxico foucaultiano, os hospitais tornaram-se, uma das mais importantes “instituições disciplinares” de onde o biopoder é administrado. Desta forma, onde se exerce o biopoder há uma extensa produção do saber. E, essa produção do saber científico sobre o corpo, se dá através da sua politização, passando este a ser um objeto de controle

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação do corpo feminino como objeto de saber (COSTA et al., 2006, p.368-369).

Nesse sentido, na contemporaneidade emergem vários discursos produzidos com o escopo de cuidado e proteção do corpo feminino, politizando a maternidade e deslocando a mulher da posição de sujeito a objeto durante o parto, transformando-a em um corpo passivo, gerando a dificuldade em reconhecer determinadas práticas intervencionistas como violência obstétrica. Sob essa perspectiva, o conceito de poder é norteador para análise deste fenômeno, uma vez que a violência obstétrica se dá no seio das relações desiguais de poder, a saber, as relações de gênero e a relação profissional entre profissional de saúde /paciente em que há anulação das possibilidades de ação, utilizando-se da força ou da coação.

A preocupação de Foucault é analisar esse poder a partir do seu nível molecular (MACHADO, 2009). Nesse sentido, Foucault faz a sua análise observando justamente as instituições (hospitais, hospícios, fábricas, escolas, entre outros) que vão ajudar a

---

<sup>27</sup> Conforme Foucault: “As relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência” (2008, p. 179).

compreender como essas relações de poder são formadas. E, nesse sentido, Foucault expressa que “o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim porque provem de todos os lugares” (FOUCAULT, 2009, p. 89)<sup>28</sup>. Nesse aspecto, o poder não emana especificamente de um lugar ou instituição, apresentando-se através de discursos e práticas que atravessam permanentemente indivíduos e objetos (CHAZAN, 2007). Assim, Foucault examinará os agentes de dominação nos núcleos mais elementares da sociedade<sup>29</sup> para compreender essas relações de poder.

Nesse sentido, o exercício desse poder requer a regulação e disciplinamento dos corpos, o que Foucault chama de poder disciplinar ou biopoder, ocupando a medicina um *locus* fundamental (CHAZAN, 2007).

Este instrumento de poder que atua no corpo dos homens usará a punição e a vigilância como principais mecanismos para adestrar e docilizar o sujeito, pois é a partir deles que o homem se adequará às normas estabelecidas nas instituições como um processo de produção que, a partir de uma “tecnologia” disciplinar do corpo, construirá um sujeito com utilidade e docilidade (DINIZ; OLIVEIRA, 2014, p. 150).

Segundo Foucault (1995) a profissão médica exerce um poder sem controle sobre os corpos das pessoas, sua saúde, vida e morte. Esse poder médico se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica exerce em nossa sociedade, uma vez que o discurso daquele que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber (FOUCAULT, 1999c).

Mas por que parece ser inconcebível a ideia de que os procedimentos realizados nas parturientes sejam verdadeiramente considerados como desumanos, cruéis e violentos? A resposta repousa no que Bourdieu denominou de “poder simbólico” e “violência simbólica” em que o agente dominado não está consciente de seu estado de submissão e não se sente compelido a agir e pensar da maneira diferente do que está sedimentado socialmente, porque fazê-lo significaria ir contra a ordem lógica ou “natural” das coisas.

Sob essa perspectiva, Bourdieu aborda um tipo de “poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (1989, p.7-8), chamado de poder simbólico, que está fundado na

---

<sup>28</sup> Essa análise microfísica do poder parte da ideia de que não é no Estado que se encontra a origem de todo o poder social, ele não é necessariamente o ponto de partida para a origem do poder [...] Esta análise se destaca justamente por afirmar que os poderes não estão localizados em um lugar específico da sociedade, mas estão distribuídos como uma rede de mecanismos que não escaparam a ninguém em toda a estrutura da sociedade (DINIZ; OLIVEIRA, 2014, p. 147).

<sup>29</sup> Esses núcleos elementares são, a exemplo, a família, a vizinhança, os pais, o médico etc.

posse de um capital simbólico<sup>30</sup> onde quem mais o detém é também quem possui legitimidade para decidir sobre os conteúdos em jogo no campo da saúde<sup>31</sup> (PEREIRA, 2004).

O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada, das outras formas de poder (...) que garante uma verdadeira transubstanciação das relações de força fazendo ignorar-reconhecer a violência que elas encerram objetivamente e transformando-as assim em poder simbólico, capaz de produzir efeitos reais sem dispêndio aparente de energia (BOURDIEU, 1989, p. 15).

Este poder é manifesto justamente pelos sistemas simbólicos (língua, arte, religião, ciência...) que são responsáveis por produções simbólicas, funcionando como instrumentos de dominação e reforçando relações assimétricas e hegemônicas, desqualificações, preconceitos e variadas violências, uma vez que a violência simbólica de gênero se infiltra na cultura, legitimando os outros tipos de violência (SARDENBERG; MACEDO, 2011). Assim, a violência simbólica pode ser definida como uma:

[...] violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento (BOURDIEU, 2012, p. 7-8).

A violência obstétrica também é imbuída desse poder simbólico, o que consequentemente ocorre, em suas diversas modalidades sendo impregnada também pela violência simbólica, tendo em vista que padrões estereotipados e procedimentos invasivos são disseminados como “normais” e utilizados para transmitir e reproduzir a dominação,

<sup>30</sup> Segundo Bourdieu: “O capital simbólico é uma propriedade qualquer - força física, riqueza, valor guerreiro - que, percebida pelos agentes sociais dotados das categorias de percepção e de avaliação que lhes permitem perceber-la, conhece-la e reconhece-la, torna-se simbolicamente eficiente, como uma verdadeira força mágica: uma propriedade que, por responder as “expectativas coletivas”, socialmente constituídas, em relação as crenças, exerce uma espécie de ação a distância, sem contato físico. Damos uma ordem e ela é obedecida: é um ato quase mágico [...] Para que o ato simbólico tenha, sem gasto visível de energia, essa espécie de eficácia mágica, é preciso que um trabalho anterior, frequentemente invisível e, em todo caso, esquecido, recalcado, tenha produzido, naqueles submetidos ao ato de imposição, de injunção, as disposições necessárias para que eles tenham a sensação de ter de obedecer sem sequer se colocar a questão da obediência (1996, p. 170-171)

<sup>31</sup> Tal como defende Bourdieu, “as representações dos agentes variam segundo sua posição (e os interesses associados a ela) e segundo o seu *habitus* como sistema de esquemas de percepção e apreciação, como estruturas cognitivas e avaliatórias que eles adquirem através da experiência durável de uma posição no mundo social” (2004, p. 158), o *habitus* profissional e também a posição exercida pelo indivíduo dentro de uma determinada classe são definidos dentro do seu campo simbólico, e no caso das práticas de saúde, reforçam a naturalização do sofrimento e a banalização da dor. (PEREIRA, 2000). Para Bourdieu há uma conexão entre as estruturas sociais e mentais dos agentes que incidem diretamente sobre o que ele chama de *habitus* definido como um “sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações...”, ou seja, na terminologia empregada pelo sociólogo francês, trata-se de um processo de “interiorização da exterioridade e de exteriorização da interioridade” (1994, p. 60-61).

desigualdade e discriminação, naturalizando a subordinação das mulheres durante o parto, consideradas como sujeitos passivos (paciente), sem autonomia, incapazes de opinar e tomar suas próprias decisões.

Sendo, portanto, reproduzida de modo sutil e suave e por isso mesmo insidioso e com intenso poder de consequência, conforme expõe Bourdieu, essa violência é comumente despercebida pelos agentes envolvidos: “A violência simbólica é essa violência que extorque submissões que sequer são percebidas como tais, apoiando-se em “expectativas coletivas”, em crenças socialmente inculcadas<sup>32</sup>” (BOURDIEU, 1996, p. 171). Além disso, os profissionais pertencentes a determinado grupo tendem a reproduzir práticas e comportamentos que legitimam sua posição dentro da sua categoria, receosos da estigmatização pelos seus pares, ou nas palavras de Bourdieu, desviantes.

A violência simbólica, ao incorporar aspectos como os de invisibilidade e a pouca tangibilidade, traz em sua gênese a construção do poder simbólico e, assim, transforma-se silenciosamente em outros tipos de violências, num processo que lhe empresta ares de naturalidade e confunde os olhos daqueles que a ela se submetem e mesmo dos que a produzem. Isso acontece, principalmente, quando elas se localizam no ambíguo terreno institucional, que encontra mil maneiras de justificar sua incapacidade de fazer uma assistência razoável e decente, justificativas essas que podem ser aceitas como normais pelos usuários (PEREIRA, 2000, p. 20).

Sob esse enfoque, a violência obstétrica abarca três elementos básicos que comportam a violência simbólica, quais sejam: a. agente dominante como aquele que exerce o poder simbólico – nesse sentido, esse poder simbólico como já supracitado é um poder “invisível” não reconhecido como tal, mas legitimado, pressupondo uma certa cumplicidade ativa dos sujeitos passivos a ele submetidos e tendo como condição para a sua efetividade que estes o considerem como legítimo; b. agente dominado como aquele sobre o qual o poder simbólico é exercido e aceitam sua condição; c. capital simbólico como aquilo que o dominado “deve” ao dominante – desta forma, a parturiente deve respeito e obediência ao médico em prol da saúde do seu filho, mas sem que esse ato seja de todo percebido<sup>33</sup>.

Dessa maneira, a violência começa quando é potencialmente aniquilada a 'intransitividade de liberdade' que existe no cerne de cada relação de poder e um dos lados

<sup>32</sup> A violência simbólica não se processa senão através de um ato de conhecimento e de desconhecimento prático, ato este que se efetiva aquém da consciência e da vontade e que confere seu “poder hipnótico” a todas as suas manifestações, injunções, sugestões, seduições, ameaças, censuras, ordens ou chamadas à ordem (BOURDIEU, 2012, p. 54-55).

<sup>33</sup> A violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural (BOURDIEU, 2012, p. 47).

toma-se um corpo inerte, sem possibilidades de reação (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999). Assim, a compreensão do termo violência simbólica adotada durante o trabalho refere-se a um tipo de violência em que as relações de força são dissimuladas, de modo a torná-la invisível até mesmo para as vítimas, uma vez que a naturalização de muitas situações violadoras impede que a própria parturiente identifique a prática, e, portanto, venha a denunciá-la, tal e qual acontece na violência doméstica na qual se insere a violência de gênero, em suas mais diversas formas.

Ademais, a culpa que impera na representação cultural do parto é imbuída de significações associadas ao que Foucault (2009) chamou de “hipótese repressiva”, uma vez que segundo o autor, a sociedade vive, desde o século XVIII uma fase de repressão sexual. Passou-se a tentar reduzir o sexo à função reprodutiva, reafirmando assim vários discursos moralistas (através da igreja, escola, família, consultório médico).

Sob essa perspectiva, o sofrimento no momento do parto é atribuído ao pecado original, e, por isso, naturalizado e inerente à condição de mulher como se fosse uma punição pelo exercício da sexualidade<sup>34</sup>: “No modelo típico de assistência, as expressões de sofrimento da mulher e seus pedidos de ajuda e alívio da dor são muitas vezes desmoralizados pela acusação de sua “culpa sexual” na gravidez” (DINIZ, 2001, p. 201).

Desta forma, comentários do tipo: “Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”, “Na hora de fazer, você gostou, né?” (CIELLO et al, 2012, p. 02), “Mas na hora de fazer você chorou?” (HOTIMSKY et al, 2002, p. 1307), “Na hora de fazer não chamou a mamãe, agora chama, né?” ou “Ah, não chora não, ano que vem você está aqui de novo” (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2292), são comuns no momento do parto<sup>35</sup>. Nesse sentido “no caso da assistência em maternidades, a banalização da violência institucional é travestida de boa prática profissional (seria para o bem da paciente) e exercício pretensamente legítimo de autoridade, já que a intenção é conseguir a “colaboração” da paciente (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

---

<sup>34</sup> A banalização do sofrimento da parturiente é revelada através da ideologia de naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como um destino biológico. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, contida em frases que já se transformaram em jargões, adotados sob a aparência de brincadeiras, e na falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias durante o trabalho de parto (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

<sup>35</sup> Entretanto, há uma dificuldade dos profissionais de saúde reconhecerem que essas expressões insultuosas ou jocosas possam ser enquadradas como uma violência, justamente porque a violência no campo da saúde é revelada ainda na concepção de alguns como um ato de “maior” gravidade causador de um potencial dano físico e emocional empreendido de modo proposital. E as “brincadeiras” (como os profissionais se referem) são usadas apenas como uma forma de “humor”, assim, muitos atos como os supracitados nomeados como flagrante desrespeito e plenamente observáveis na rotina da saúde obstétrica, não são identificados como um tipo de violência, concepção que contribui para a banalização da violência empreendida contra tais mulheres. (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Por isso, para compreensão macro da violência obstétrica, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças entre os sexos e como componente primordial das relações de poder, uma vez que:

Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica (AGUIAR, 2010, p. 15).

As violências “reproduzidas por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, [ferem] diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos” (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 05). O uso arbitrário de autoridade pelos profissionais de saúde em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres é observado durante todo o ciclo gravídico<sup>36</sup>. Nesse sentido,

O uso da violência na assistência à saúde como um recurso utilizado na relação profissional/paciente revela o enfraquecimento das bases do poder e da autoridade médica: o consenso gerado baseando-se na comunicação e ação de sujeitos livres. Revela também a dificuldade de estabelecer uma comunicação livre com a mulher, considerando-a como um sujeito em situação de fragilidade e necessitando de cuidado (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2292).

Para Aguiar e D’Oliveira (2011) o poder exercido pelos profissionais de saúde, estando o médico no topo da hierarquia se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade, sendo pautada por conhecimentos científicos e tecnologias, além de certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, exercendo determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos.

Por essa razão, a autoridade médica possui como pilares, a legitimidade científica e a dependência dos sujeitos ao conhecimento médico, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso contrariem essa autoridade. Nesse sentido, a legitimidade e a dependência se estabelecem, porque em nossa sociedade, particularmente, a saúde possui valor inequívoco de importância para todos, historicamente monopolizada pela medicina.

---

<sup>36</sup> Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica (PEREIRA, 2004, p. 396).

Assim, o poder médico é produzido pela comunicação entre os sujeitos sociais em condições de desigualdade<sup>37</sup>.

A transfiguração operada no processo de cura visa transformar o sujeito portador de um mal em uma doença sem sujeito, ou seja, um objeto sem referências sensíveis concretas, que não é ouvido em seus apelos, mesmo porque não tem onde ou com quem reclamar, já que a cura em todas as suas particularidades, é prerrogativa exclusiva dos médicos. Mesmo sendo as falhas, a negligência e a imperícia velhas conhecidas das práticas de saúde, com o processo de disciplinarização da modernidade, elas passaram a exibir um novo status: o da serialização e indiferenciação, evidenciados pelo abuso de confiança e a falta moral ou ética que ocorriam no passado, agora podem ser racionalizados a partir da tecnologia ou do aparelho que falha ou não estão disponíveis. Onde a técnica é complexa, como nos hospitais, a negligência se transforma em erro humano ‘aleatório’, a insensibilidade em ‘desinteresse científico’ e a incompetência em falta de ‘equipamento especializado’ (PEREIRA, 2004, p. 399).

Em suma, ao se considerar o campo da maternidade como espaço no qual se pratica o exercício da função biológica do corpo feminino e também como campo no qual a função social do papel conferido à mulher é regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência exercida nesse espaço é fundamentalmente uma violência de gênero, uma vez que o próprio conceito de gênero está imbuído de fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e étnicos através dos quais as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual estão inseridas, sendo, portanto, a violência em análise também atravessada por essas questões (AGUIAR, 2010).

Por todo o exposto, percebe-se que a violência obstétrica correlaciona-se com as questões inerentes à prática médica, bem como à forma como as demandas tem sido (des)tratadas na esfera jurídica, contribuindo para invisibilização do fenômeno, razão pelas qual o próximo subitem adentra nas formações médica e jurídica em busca dos fatores etiológicos possíveis para explicar a desumanização crescente que caracteriza o exercício laboral dos médicos e operadores do direito frente ao objeto de pesquisa do presente estudo.

### **3.2 Significando a violência obstétrica frente às formações médica e jurídica: erro médico ou violência de gênero?**

Durante a lenta recuperação, diante de tanto maltrato [uma sucessão de procedimentos invasivos e perigosos, que resultaram em morte do bebê, perda do útero e infecção hospitalar generalizada], a única coisa que quero é morrer. Da minha vagina continua escorrendo pus, minha filha está morta e, além de tudo, agora sou

---

<sup>37</sup> As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 150).

estéril. Minha família, para consolar-me, me diz que não sou nem a primeira nem serei a última que passa por isso, que já vou me esquecer deste pesadelo, que me conforme. E é ali, no meio da dor física e moral, da raiva e da impotência, que me pergunto: e as que agora são meninas e um dia decidirão ser mães, vai acontecer a elas o mesmo que me aconteceu? Até quando vamos esperar para denunciar, falar, exigir?<sup>38</sup> (Bunch *et al.*, 2000, p. 117 *apud* DINIZ, 2001, p. 63).

### 3.2.1 Formação médica

A prática em saúde está diretamente relacionada à garantia de direitos humanos fundamentais, definindo-se não como mera ausência de doenças, mas como um estado de bem-estar biopsicossocial que possa aumentar a expectativa e a qualidade de vida da população (SILVA, 2005). Entretanto, a relação assimétrica que existe entre as mulheres e os profissionais da saúde revela uma desigualdade, tanto simbólica como real, que dificulta o exercício dos direitos fundamentais da mulher. Essa relação desigual desdobra-se de modo potencial quando configurada uma violência que conforme Schraiber (2008, 1997) na área de saúde é determinada pela crise de confiança na relação médico/paciente, potencializada em virtude da fragilidade dos vínculos de confiança, a despersonalização do cuidado e o predomínio do uso de tecnologia como forma de interação, transformando o paciente em objeto de intervenção.

No contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Essa ‘objetificação’ traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto “corpo reprodutor” (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p. 88).

Essas questões revelam uma contradição concernente ao ensino médico que se desdobra em uma dicotomia entre o ensino da medicina e o contexto real da saúde/doença da população (LUZ, 2013). Isso acontece porque o modelo de ensino médico não percebe necessariamente o doente na prática profissional, mas considera apenas a doença. Tal conduta é observada através do conhecimento médico esboçado apenas no retórico e na racionalização dos procedimentos, não cumprimento do direito de informação aos pacientes e autonomia na escolha dos métodos, fazendo com que a prática médica não utilize a informação como ferramenta fundamental para o exercício dialógico que embasa os relacionamentos interpessoais democráticos (SILVA, 2005). Nesse sentido,

Na posição de doutores de um saber, sobre um outro que é objeto, médicos destronam a posição terapêutica para ocupar um lugar que nos ensina como devemos

---

<sup>38</sup> Depoimento da testemunha Carmen Cruz, no “Tribunal Internacional de Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos.

viver. Aqui, constata-se de maneira inteligível, o quanto o saber médico se articula ao poder disciplinar e normalizador. A ordem médica, assim compreendida articulada à microfísica do saber e poder, com seu olhar focado na doença e não na pessoa do doente, implica uma recusa e desqualificação da subjetividade e singularidade de cada fato clínico (TAVIRA, 2014, p. 1).

Assim, o discurso médico é concebido como o discurso da verdade e seus profissionais aparecem como uma das autoridades mais importantes do nosso tempo. Isto tem consequências vitais, porque o discurso médico assume um poder institucional privilegiado, além da legitimação social para administrar e governar a vida. Sob essa perspectiva, sugere-se que a formação médica é um dos fatores que contribuem para disseminação da violência institucional nos serviços de saúde (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002), tendo em vista que o modo como se estruturam as relações de saber-poder entre profissionais em formação e as mulheres por eles atendidas; a baixa prioridade dada à aprendizagem da ética e de aptidões associadas à comunicação; e as formas tradicionais de treinamento de residentes são considerados elementos associados à reprodução desse fenômeno<sup>39</sup> (HOTIMSKY, 2009).

O modo como os profissionais desvalorizam a dor diante do sofrimento das parturientes é uma forma comum de abuso de poder e de negação da subjetividade das mulheres nas práticas obstétricas, fazendo parte de um padrão de violação de direitos humanos que tende a ser naturalizado e repassado aos alunos de medicina enquanto modelo a ser replicado durante a atenção ao parto, contribuindo assim, para a perpetuação do fenômeno (HOTIMSKY, 2009).

[...] os estereótipos de gênero, presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços, fazem com que as frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres sejam incorporadas como fazendo parte da rotina “normal” da assistência (DINIZ, 2001, p. 58).

Sob essa perspectiva, Silva (2005) aponta que isso é observado em virtude do ambiente acadêmico negligenciar a habilidade emocional, fornecendo aos estudantes exemplos vivos de docentes que tendem a suprimir as emoções de suas relações, devendo ser sempre “objetivos”. Entretanto, como bem expressa a autora:

---

<sup>39</sup> Em pesquisa etnográfica acerca do ensino da obstetrícia realizada por Hotimsky (2009) durante um ano e meio em duas conceituadas faculdades de medicina de São Paulo constatou-se que a episiotomia (incisão cirúrgica para alargar a abertura do canal vaginal ou períneo) era utilizada rotineiramente em todas as gestantes, quando se tratava de seu primeiro parto normal, e em diversas outras situações que se julgavam necessárias. Esta prática, segundo a OMS (1996) não pode ser utilizada rotineiramente, sendo recomendada em apenas 10% dos partos vaginais. Porém, a prática era constantemente utilizada, independente da necessidade da parturiente, uma vez que funcionava como exercício prático aos residentes de Ginecologia e Obstetrícia. Além disso, o procedimento era realizado sem analgesia ou anestesia.

Habituar-se com o sofrimento e com as mazelas humanas é previsível na prática profissional de todos aqueles que trabalham com o homem em geral, no entanto, o inadmissível é consumado quando profissionais, que lidam com o sofrimento humano, independentemente da ordem desse sofrimento, deixam de se indignar com a insensibilidade e até com as atrocidades humanas, como se elas fossem normais e esperadas e, o que é pior, como se nada pudesse ser feito para minimizá-las, inclusive através do exercício profissional de cada um (SILVA, 2005, p. 43).

Além disso, na formação médica, os alunos desenvolvem estratégias visando incrementar seu “senso de competência”. Nesse sentido, frequentemente as mulheres não são consultadas ou sequer informadas acerca dos procedimentos ou práticas realizadas, sendo seus corpos transformados em objeto de treinamento<sup>40</sup> (HOTIMSKY, 2009). A objetificação do corpo feminino também pode ser vislumbrada na prática médica através do não-respeito à dor física e o desconforto sentidos pela paciente ao submeter-se a determinados procedimentos e intervenções que são vistas como comuns aos que as executam (PEREIRA, 2004). Outrossim, os estudantes são treinados para manter distância emocional de seus pacientes, o que na prática dá margem a relações pouco empáticas dos profissionais em relação a seus pacientes, naturalizando hierarquias sociais que caracterizam o campo médico, “coisificando” os corpos das mulheres que são vislumbradas como objetos de treinamento<sup>41</sup>.

Ao tratar o ser humano como uma coisa que só sente o que o médico quer ou o que ele diagnostica, ao reduzi-lo a algo que não fala ou que não é ouvido quando se manifesta, os médicos constroem a heteronomia nas relações que acontecem nos serviços de saúde, que pressupõe e define quem pode e quem deve decidir. Assim, calar-se, submeter-se a outrem, faz parte do campo relacional e simbólico no qual acontece o encontro entre médicos e mulheres/pacientes, seja submissão no sentido de aceitar um tratamento sobre o qual raramente têm alguma informação, seja no sentido de não ter autoconfiança em confrontar seu conhecimento com o saber reconhecido como legítimo na área da saúde (PEREIRA, 2004, p. 399).

<sup>40</sup> No contexto brasileiro de crescente cirurgificação do parto, onde a prática de “pôr a mão na massa” tornou-se uma tradição na formação médica, tende a ser expectativa dos internos realizar episiotomia, episiorrafia e bloqueio do pudendo nos estágios de obstetrícia. Em geral, são incentivados nesse sentido pelos seus supervisores e pela própria proposta educacional de treinamento em serviço, a despeito dos riscos adicionais às parturientes que sua inexperiência pode acarretar. [...] até mesmo quando há supervisão por obstetras, não é costume consultar ou sequer informar as mulheres sobre a decisão de submetê-las à episiotomia, muito menos que está sendo efetuada por estudantes de medicina (HOTIMSKY, 2009, p. 4).

<sup>41</sup> A compreensão do corpo como objeto de estudo é arraigada nos serviços de saúde. Em pesquisa de tese realizada por Diniz (2001) na qual ela questiona uma enfermeira acerca do quantitativo de episiotomia realizada no hospital analisado, a mesma responde que é perto de 100% e afirma que os residentes precisam aprender e que as mulheres funcionam como material didático. A iatrogenia latente pode ser percebida através de um depoimento coletado por Diniz: “Então nós estávamos com os estagiários de vários países no CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatologia, no Uruguai) assistindo um parto conduzido segundo as recomendações da OMS. Quando terminou, percebemos que um dos médicos estagiário continuava na sala e fomos ver o que ele estava fazendo. Ele tinha feito uma episiotomia depois do parto, que foi conduzido sem episio. E ele disse, na maior seriedade, que foi porque ele precisava treinar!” (2001, p. 102-103). Filia-se ao pensamento de Diniz de que não pretende-se defender de todo a ideia que os profissionais não treinem os procedimentos em pacientes reais, mas o evidente abuso de indicações parece evidenciar que o aprendizado do procedimento é secundário ao aprendizado de valores como o respeito à integridade física das pacientes. Ademais, a autonomia e informação da paciente devem ser sumárias e levadas em consideração antes da realização de qualquer procedimento.

Ademais, para que os obstetras e/ou parcela dos residentes e internos possam se retirar do centro obstétrico para descanso, permanecendo de sobreaviso e deixando somente um obstetra responsável ou apenas residentes no setor, é necessário, conforme o próprio jargão utilizado no meio, “limpar a área”, o que significa agilizar o parto na medida do possível e utilizar meios que podem inclusive violar a integridade física e os direitos humanos das gestantes em prol desse objetivo<sup>42</sup> (HOTIMSKY, 2009). Nesse sentido:

[...] as instituições de ensino médico constituem espaço privilegiado para a aprendizagem dessas práticas de violação da integridade física das mulheres e de seus direitos humanos, preparando os estudantes nesse sentido também para o exercício profissional nos moldes operantes no mercado de trabalho (HOTIMSKY, 2009, p. 9).

Outrossim, as bibliografias desatualizadas dos cursos de Medicina apresentam poucas orientações aos estudantes sobre como buscar, avaliar e revisar os estudos disponíveis a respeito de um determinado tema, limitando o conhecimento prático baseado em evidência (DINIZ et al., 2015) contribuindo para disseminação de potenciais iatrogenias no campo obstétrico como práticas normais. Em todas as especialidades médicas, em especial no campo da assistência à gravidez e ao parto, oferecer uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos é crucial, uma vez que, diferentemente das outras especialidades, estas práticas irão intervir sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto (DINIZ, 2001).

Nesse sentido, faz-se necessário a adoção de um novo paradigma médico em que se leve em consideração as recomendações baseadas na evidência empírica e as novas tendências nas relações entre profissionais e pacientes, postuladas a partir da centralidade do direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde, pressupondo que a decisão deva ser compartilhada entre os envolvidos, ao invés de decidida de forma unilateral pelo profissional e pela instituição que presta a assistência<sup>43</sup> (DINIZ, 2001).

---

<sup>42</sup> Em serviços de atenção ao parto fora dos hospitais-escola, a realização de intervenções cirúrgicas desnecessárias por questões da agenda social ou de trabalho dos profissionais também é muito comum no Brasil. (D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). Os esquemas de plantão e a prática de “limpar a área” correspondem a práticas muito disseminadas no mercado de trabalho, tanto em serviços obstétricos (DIAS, 2002).

<sup>43</sup> Infelizmente, procedimentos danosos e apontados como ineficazes continuam a fazer parte da maioria dos serviços de saúde obstétrica, como o uso da posição horizontal durante o trabalho de parto e parto; o uso de rotina do enema; da tricotomia; da infusão intravenosa; a administração de ocitocina para acelerarem o trabalho de parto e; os esforços expulsivos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto. Isto sem contar com a perigosa manobra de Kristeller, entre outros. Mesmo práticas que, devidamente indicadas, poderiam ser úteis

Entretanto, conforme bem pondera Diniz “a disseminação passiva das evidências científicas não é suficiente para mudar a prática clínica” (2001, p. 11), a própria humanização no contexto da saúde obstétrica implica em uma mudança que desdobra-se em outras questões extratécnicas, tais como: as percepções dos profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência; as condições estruturais e físicas dos serviços; os problemas da escassez dos leitos obstétricos; questões de financiamento do sistema de saúde; a cultura sexual e reprodutiva; além das práticas médicas não baseadas em evidências e muitas vezes disseminadas no contexto dos cursos de Medicina (DINIZ, 2001; DINIZ, 2005; FAÚNDES; CECATTI, 1991; RATTNER, 1996; HOTIMSKY, 2009).

Assim, a qualidade do modelo de assistência prestado às mulheres engendrando uma possível violência no campo da saúde obstétrica é constantemente justificada pela precariedade das condições de trabalho associada à inadequação de recursos materiais e humanos; sobrecarga de demandas que resulta em esgotamento físico e emocional; exploração dos convênios e planos de saúde; despreparo das pacientes; falta de comprometimento ético na formação profissional e impunidade, sobretudo no serviço público (DINIZ, 2001; AGUIAR; D’OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2013). Importante ponderar ainda que muitos médicos acobertam a conduta antiética de outro companheiro, seja por amizade ou por falta de senso de justiça<sup>44</sup>, entretanto, essa prática é observada como uma postura ética nesse meio profissional (SOARES, 2010; SILVA, 2005). Desta forma, as ponderações supracitadas corroboram para reprodução da violência obstétrica, tendo em vista que a mesma deve ser compreendida como uma rede a partir das relações sociais que a sustentam (NOGUEIRA, 1994).

A problemática também gira em torno da própria formação do acadêmico, uma vez que na academia, os conteúdos programáticos que abrangem a relação médico-paciente são esparsos e evasivos; a discussão de temas relativos a afetos, emoções ou relacionamentos não faz parte do ato médico, e precisa ser suscitada por outro profissional não médico; há uma ênfase nas discussões referentes a técnicas e habilidades específicas que ajudem a reconhecer um diagnóstico, prescrever um tratamento e avaliar prognósticos dos pacientes, sem considerar qualquer relacionamento interpessoal (SILVA, 2005). Nessa perspectiva “a experiência de conviver com os comportamentos e verbalizações inquestionáveis de determinados professores no decorrer de sua formação parece que é introjetada como sendo

---

são usadas de forma inapropriada, causando mais dano que benefício, como os exames vaginais frequentes e repetidos (DINIZ, 2001).

<sup>44</sup> O Código de Ética Médica (CEM) revela em seu Capítulo VII – Relação entre médicos que é vedado ao médico: acobertar erro ou conduta antiética de médico (art. 50).

necessária para que posteriormente seus pontos de vista sejam aceitos sem contestação” (SILVA, 2005, p. 77).

Desta forma, uma mudança de paradigma na educação médica implica também em primar pela qualidade da dimensão relacional do ensino médico, sendo imprescindível que o profissional desenvolva uma postura mais atenciosa e empática diante do sofrimento do paciente – assim, as relações interpessoais desenvolvidas ao longo da educação formal servirão como experiências emocionais significativas, servindo como lições diante da forma como esses profissionais exercem seu ofício, uma vez que os modelos de comportamentos aos quais os alunos podem estar expostos no ambiente universitário apresentam uma influência significativa sobre a forma futura de como atuarão profissionalmente, refletindo-se em atitudes, valores e crenças que os mesmos exibirão no exercício de suas profissões<sup>45</sup> (SILVA, 2005).

De maneira semelhante, a problemática da desumanização no curso da formação jurídica corrobora para que práticas violadoras de direitos possam de algum modo permanecer impunes e silenciadas ou ainda não terem as sanções adequadas ou proporcionais à gravidade das violações de direitos cometidas.

### 3.2.2 Formação jurídica

Desde a sua implementação, os cursos jurídicos no Brasil apresentaram como principal característica a transmissão de um ensino jurídico meramente reprodutor de normas, suprimindo-se o entendimento de suas bases e primando por, na melhor das hipóteses, formar exímios técnicos-legalistas, o que justificou o uso do termo “fábricas de bacharéis” para caracterizá-las. O modelo dogmático/positivista marca ainda o atual momento do ensino jurídico do país e não tem conseguido acompanhar as transformações sociais, políticas, culturais e econômicas pelas quais o país têm passado, negligenciando a formação de profissionais críticos e transdisciplinarmente embasados, habilitados a uma devida atuação perita nas diferentes Instituições do Sistema de Justiça do país.

Além disso, o ensino jurídico brasileiro é caracterizado na atualidade pela mercantilização do ensino superior e sua despolitização, integrado por conteúdos quase que exclusivamente tecnicistas e por uma cultura jurídica liberal, burguesa, individual, formalista

---

<sup>45</sup>As relações interpessoais desenvolvidas em sala de aula possuem um papel importante na construção de como os envolvidos percebem o mundo que os cerca, fornecendo modelos de comportamento e valores frequentemente apreendidos e repetidos: “A necessidade de passar a considerar a reflexão acerca dos relacionamentos interpessoais nas salas de aula, bem como de considerar como objetivo pedagógico tornar os alunos mais conscientes de seus próprios sentimentos e emoções pode vir a contribuir significativamente para a construção de personalidades mais autônomas, solidárias e justas dos alunos” (SILVA, 2005, p. 78).

e burocrática, por conseguinte, iatrogenicamente reproduzido na atuação dos operadores do direito que atuam nas mais diferentes instituições do Sistema de Justiça em nossa sociedade (MACHADO, 2005). Há um descompasso entre o país legal e o país real uma vez que o ensino do Direito excessivamente legalista e formalista não acompanha a realidade dinâmica e os anseios da sociedade contemporânea, o que o torna descontextualizado e consequentemente desacreditado frente aos jurisdicionados, consumidores finais da atuação profissional em questão.

Para Machado (2005), o contexto educacional dos cursos superiores desdobrou-se em um ensino superior de caráter utilitarista, voltado para o aprendizado de um saber técnico/mecânico, distanciado das questões sociais como as supracitadas, contribuindo, consequentemente, para a despolitização e alienação da maioria dos estudantes e profissionais.

Nesse sentido, a resolução em série de conflitos marcadamente individualizados, visando apenas a demonstração quantitativa de produtividade, generalizando-se ou padronizando-se decisões com a colagem de ementários de jurisprudência, citações e seguindo modelos de peças em geral, sem qualquer reflexão crítica e sem que se avalie as peculiaridades de cada caso concreto, ilustra bem a dificuldade que os atores do sistema de justiça possuem de significar novos fenômenos, como é o caso da violência obstétrica.

Essas ponderações relacionam-se à perspectiva positivista legalista do Direito através da qual os direitos são vislumbrados exclusivamente através da letra da lei; quando o mais adequado seria o reconhecimento de que a lei é somente o ponto de partida de toda interpretação, uma vez que:

[...] o juiz deve estar consciente de que as regras legais existentes não podem servir de limite à prestação jurisdicional. Ante situações novas, a busca de subsídios em regras ditadas para outras relações jurídicas tende a soluções conservadoras. Por outro lado, não reconhecer direitos sob o fundamento de inexistir previsão legal, assim como usar normas editadas para situações outras ou em diverso contexto temporal, nada mais é do que mera negação de direitos. [...] Se o fato sub judice se apresenta fora da normatização ordinária, uma resposta precisa ser encontrada, não só na analogia, nos costumes, e nos princípios gerais de direito, como ordena a lei civil, mas principalmente nos direitos e garantias fundamentais, que servem de base ao estado democrático de direito (DIAS, 2004, 24-25).

Nesse sentido, o exegetismo dos cursos jurídicos revela o premente distanciamento científico que impera nos currículos jurídicos exageradamente normativos com a mera transmissão e cobrança em concursos públicos de conteúdos genéricos, dogmáticos, desconectados da realidade atual e muitas vezes inaplicáveis à solução de problemas complexos na vida real. Tal pensamento tradicionalista no ensino do Direito

vislumbra-se na aplicação de um modelo dogmático/positivista com um currículo fragmentado que abrange apenas uma concepção legalista, expressando o padrão jurídico normativo do Direito. Repousa aqui as bases de uma crescente judicialização de conflitos repetitivos ou ainda de conflitos contemporâneos sem sanções adequadas, sobrecarregando todo o Sistema de Justiça, que ao não dar respostas satisfatórias aos conflitos levados a juízo, os faz retornar ao Sistema, retroalimentando um ciclo vicioso crescente e interminável (GOMES, 2008)

As Faculdades de Direito, por sua vez, reproduzem esse paradigma dogmático de Ciência Jurídica e o senso comum teórico dos juristas<sup>46</sup>, uma vez que o estudo dos diversos campos do Direito limita-se à apresentação, muitas vezes dissociadas de avaliação crítica, de normas contidas em manuais e códigos. Esse senso comum, funciona como um arsenal ideológico para a prática cotidiana do direito, vividos como diretrizes – ou seja, como pautas que disciplinam o trabalho profissional dos juristas, regulando sua atividade advocatícia, judicial e teórica (WARAT, 1988). Esse “discurso competente” se utiliza da forma e da retórica para defender-se de qualquer questionamento de cunho social. Assim,

[...] o conhecimento científico do direito termina sendo um acúmulo de opiniões valorativas e teóricas que se manifestam de modo latente no discurso, aparentemente controlado pela episteme. Estamos diante do senso comum teórico dos juristas, que é um conhecimento constituído, também, por todas as regiões do saber, embora aparentemente suprimidas pelo processo epistêmico. O senso comum teórico não deixa de ser uma significação extra-conceitual no interior de um sistema de conceitos, uma ideologia no interior da Ciência, uma doxa no interior da episteme (WARAT, 1982, p. 51-52)

Para Streck (2011), a formação desse senso comum teórico tem uma relação direta com o processo de aprendizagem nas escolas de Direito, uma vez que o ensino jurídico ainda continua preso às velhas práticas. Sob essa perspectiva, a problemática também se assenta no viés metodológico que conforme proposto por Gomes (2008) refere-se à falência no método clássico de ensino, sem liame entre teoria e prática com uma pedagogia tradicionalista através da qual o professor apresenta-se como mero expositor e o aluno um simples receptor. O currículo é voltado para a operação da técnica em detrimento do exercício do saber<sup>47</sup>, produzindo significativos efeitos na formação de verdadeiros “técnicos legalistas” e não

<sup>46</sup> Segundo Warat (1988), o senso comum teórico dos juristas consiste em práticas cotidianas, formadas por um conjunto de representações, imagens, noções baseadas em costumes, metáforas e preconceitos valorativos e teóricos, que governam os atos, as decisões, e as atividades, a que estão condicionados os juristas de profissão.

<sup>47</sup> As demandas de violência obstétrica que chegam aos tribunais limitam-se a ações referentes a erro médico, culminando na responsabilidade civil, sem sequer citar o fenômeno, contribuindo sobremaneira para sua invisibilização.

juristas, uma vez que as peças por eles produzidas, não raro, mostram-se insuficientes para atender às demandas da contemporaneidade, afastando o operador do direito da realidade social. Nesse sentido,

[...] os professores impõem os códigos aprendidos, ensinando a guardar a compostura diante do saber, diante dos livros eruditos, ensinando-nos a resguardar-nos em uma indiferença salvadora. Com eles aprendemos a manipulação de uma distância que evite as zonas perigosas onde o pensamento enfrenta-se a si mesmo como obstáculo (WARAT, 2004, 242).

Tais zonas perigosas são meticulosamente monitoradas, alguns conteúdos são silenciados, organizando “perfeitamente” o campo, contribuindo para o que Foucault (1999a) denominou de “docilização” e “adestramento” dos corpos, ou, em uma leitura waratiana, um processo de *pinguinização* (WARAT, 2006).

Esse modelo reflete-se de maneira mais contundente na *praxe* do ator jurídico, uma vez que ao operar o Direito, o conjunto de práticas e valores desenvolvidos na formação profissional serão agora aplicados socialmente, refletindo no seu papel civil. Nesse sentido, uma das grandes dificuldades encontradas em termos de educação (jurídica) na atualidade está associada à manutenção de um paradigma inadequado diante de uma sociedade complexa. A chamada “crise dos paradigmas” conforme proposto por Streck (2011) e Machado (2005) não proporciona mais novas diretrizes e rumos para os problemas científicos da contemporaneidade, desdobrando-se em um conjunto de equívocos.

Por isso, Warat defende que o ensino do Direito exige o conhecimento de outros conceitos, advindos de outras áreas, evitando assim, uma alienação atrelada exclusivamente a verdades pré-montadas segundo um paradigma já proposto, mas que não atende aos reais anseios da contemporaneidade, defendendo, portanto, uma pedagogia aberta, conectável com outras dimensões, fomentando a liberdade de pensamento, transformando alunos em partícipes dos processos de aprendizagem. Desta forma, é premente a negligência jurídica consubstanciada a partir da hipossuficiência técnica dos agentes do sistema de justiça<sup>48</sup> contribuindo para a legitimação de danos iatrogênicos que acometem a sociedade em geral, a exemplo do que ocorre quando se ajuízam e processam ações relativas à violência obstétrica.

Conforme Silva, Madureira e Manso (2016) pode-se estabelecer um paralelo entre o erro médico e os danos causados aos pacientes e a violência institucional oriunda do poder judiciário no trato para com o jurisdicionado. O erro médico pode ser oriundo de negligência,

---

<sup>48</sup> Para configuração da pesquisa, utilizamos esse termo para se referir aos advogados, juízes, desembargadores, promotores e defensores públicos.

imprudência ou imperícia, de semelhante modo, o operador do direito é negligente quando omite-se e não atenta ao priorizar decisões urgentes e/ou tarda em decidir; age com imprudência quando profere decisões sem avaliar devidamente as provas acostadas nos autos e atua de modo imperito quando não se atualiza científica e transdisciplinarmente a fim de proferir decisões fundamentadas ou opera inclusive contra a lei. Nesse sentido, as iatrogenias advindas das decisões são observadas nos danos imediatos em decorrência das decisões e consequentemente na descrença dos jurisdicionados quanto à atuação do poder judiciário.

No próximo subtópico, não obstante a gama de situações violadoras nas práticas de violência obstétrica, delimitou-se o foco para as mais potenciais e costumeiramente observadas nas violações da saúde obstétrica.

### **3.3 Situações violadoras mais comuns nas práticas de violência obstétrica**

A dor do parto é em grande medida iatrogênica quando amplificada e acrescida por rotinas como a imobilização, a indução ou aceleração do parto com ocitócitos, a episiotomia, a manobra de Kristeller, cesáreas eletivas, demora no atendimento ao parto engendrando na peregrinação por leito, proibição de acompanhante, restrição da posição para o parto, privação de alimentos e bebidas, além da potencial violência psicológica inerente a todas as condutas que violem os direitos das mulheres em situação gestacional, ignorando-se, portanto, as evidências científicas disponíveis. Malgrado a quantidade de violações nas práticas obstétricas seja ampla, pretende-se a partir deste capítulo, expor as situações violadoras mais comuns que podem ser configuradas como violência obstétrica.

#### **3.3.1 Episiotomia**

“Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu”: “O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu” (CIELLO et al., 2012, p. 83)<sup>49</sup>

“Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida, me senti menos feminina, como se por ser mãe, precisasse ser marcada nessa vida de gado. [...] Chorei muito, sentia dor, vergonha da minha perereca com cicatriz, vergonha de estar ligando para isso, sentia medo, medo de não conseguir mais transar. Tenho pavor de cortes, tinha medo de que o corte abrisse quando fosse transar. Demorei uns cinco meses para voltar a transar mais ou menos relaxada, sentia dores, chorava quando começava, parava. Me sentia roubada, me tinham

---

<sup>49</sup> A parturiente procurou informações sobre episiotomia durante a gestação e decidiu por não se submeter ao procedimento e comunicou ao médico sobre a decisão. Atendida através de plano de saúde em Belém-PA.

roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada” (CIELLO et al., 2012, p. 83)<sup>50</sup>

A episiotomia é um dos procedimentos que continuam sendo usados nas práticas obstétricas rotineiramente implicando em lesões inúteis<sup>51</sup>, arriscadas e potencialmente danosas à mulher, não obstante serem abundantes os dados que revelam o não cumprimento dos objetivos propostos que justificariam sua realização, sejam eles a prevenção de lesões nos genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido (DINIZ, 2001). A intervenção é difundida até os dias de hoje, como uma prática necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto (AMORIM; KATZ, 2008).

O procedimento cirúrgico é realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia<sup>52</sup>. A cirurgia afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando em alguns casos, posterior incontinência urinária e fecal na mulher, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento durante o período menstrual, além dos resultados estéticos insatisfatórios (PREVIATTI; SOUZA, 2007). Diante do cenário, Previatti e Souza postulam que:

É fato que a episiotomia vem sendo utilizada de forma indiscriminada na assistência obstétrica. É fato também que, os profissionais de saúde arraigados a conceitos e práticas que não contemplam os resultados de evidências científicas atuais, bem como, as práticas baseadas nos direitos das mulheres, insistem na realização deste procedimento, mantêm um enfoque intervencionista e assim subtraem da mulher–

<sup>50</sup> A parturiente foi atendida na rede pública na Casa de Parto São Sebastião em Brasília – DF.

<sup>51</sup> A episiotomia é associada a vários efeitos adversos, tais como: resultados anatômicos insatisfatórios, como a assimetria da vulva (jocosamente por alguns informantes como “AVC de vulva”, em analogia à assimetria da face naquela doença) e o estreitamento excessivo do introito vaginal; perda de sangue volumosa (em torno de 800 ml contra 500 ml no parto vaginal espontâneo); disfunção sexual, associada ao chamado ponto do marido, frequentemente associado a queixas das mulheres de dor na relação sexual (dispareunia) por ficarem “muito apertadas”; maior probabilidade de hematomas e infecção; aumento da chance de dor pós-parto; além disso, não protege o assoalho pélvico, não reduz as taxas de incontinência urinária ou fecal e nem tampouco melhora os resultados neonatais; não reduz o dano perineal, ao contrário, aumenta-o, uma vez que a realização sistemática de episiotomia tende a elevar o risco de lesão perineal grave e de qualquer lesão perineal posterior (DINIZ, 2001; AMORIM; KATZ, 2008).

<sup>52</sup> Alguns profissionais concluem a ineficiência da anestesia durante a episiorrafia (procedimento de sutura da episiotomia) e por isso, muitos optam por não aplicá-la. Não há evidências conclusivas sobre essa abordagem, alega-se que como anestesia é feita por bloqueio do nervo pudendo (responsável pela sensibilidade do períneo) mostra-se inadequada, seja por ser simplesmente ineficaz, seja por ser uma técnica sofisticada para a qual os profissionais são mal treinados e raramente a sabem utilizar. Nesse sentido, como o procedimento é doloroso e anestesia ineficiente na maioria das vezes, a negação da dor da paciente é aprendida na formação dos recursos humanos como estratégia de lidar com as usuárias (DINIZ, 2001).

parturiente a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor de sua autonomia (2007, p. 198).

A episiotomia é a única cirurgia do Brasil, realizada sem o consentimento da paciente e sem tampouco a informação sobre os riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos, contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (MBE) (CIELLO et al., 2012) e vilipendiando os direitos da parturiente, uma vez que como todo procedimento cirúrgico, a episiotomia só deveria ser realizada com o consentimento pós-informação da paciente, sendo portanto considerada uma mutilação genital feminina (AMORIM; KATZ, 2008).

A pesquisa Nacer no Brasil (LEAL et al., 2012) estima que a episiotomia seja realizada em 53,5% dos partos via vaginal no Brasil, enquanto a recomendação da OMS é que seja realizada em 10% deles<sup>53</sup>. No caso de primíparas, o índice chega a 74%. Na América Latina, as taxas podem atingir de 90% a 100% dos casos e apesar de ser uma prática comum no cenário obstétrico, o procedimento foi introduzido na rotina obstétrica sem qualquer evidência científica sobre sua efetividade, razão pela qual se pretende torná-la uma técnica restrita e não mais rotineira em obstetrícia. (ZANETTI et al., 2009; DINIZ, 2001).

Conforme Diniz (2003) o uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes e constitui um exemplo típico de apropriação ao corpo da mulher e desrespeito ao seu direito de informação.

Além disso, na fala dos profissionais, repete-se constantemente a crença de que sem uma sutura adicional conhecida como “ponto do marido”, o parceiro se desinteressaria sexualmente pela mulher. Para Davis-Floyd por meio da episiotomia, “os médicos, como representantes da sociedade, podem desconstruir a vagina (e por extensão, suas representações), e então reconstruí-la de acordo com nossas crenças culturais e sistema de valores” (1992, p. 129 *apud* DINIZ, 2001, p. 10).

---

<sup>53</sup> Muitos profissionais afirmam que a episiotomia é necessária quando há “ameaça de ruptura perineal grave” (de terceiro ou quarto grau), mas esse não é um diagnóstico objetivo, uma vez que a episiotomia por si só é uma laceração de 2º grau e quando ela não é realizada pode não ocorrer nenhuma laceração ou surgir lacerações anteriores (de 1º e 2º grau) mas de melhor prognóstico. (AMORIM; KATZ, 2008). Outros estudos apontam que haveria indicação nos casos de extrema necessidade de retirada imediata do bebê do canal de parto – como nos casos de prolapso de cordão umbilical (quando o cordão sai antes do bebê, podendo ser “apertado” e impedir o fluxo de oxigênio para o bebê ainda no ventre) a fim de prevenir a hipóxia e seus efeitos no bebê. No entanto, essa situação ocorre durante a fase de expulsiva do trabalho de parto, sendo portanto, impossível que o profissional identifique a necessidade antecipadamente e por esse motivo realize a episiotomia de modo rotineiro (SOUSA, 2015).

[...] essa indicação não tem base na evidência, mas sim na noção, profundamente arraigada na cultura sexual e reprodutiva brasileira, do mito deste “afrouxamento vaginal” decorrente do uso da vagina, sexual ou reprodutivo. Essa representação da vagina “usada”, “lanceada”, “frouxa”, é motivo de intensa desvalorização das mulheres e se sustenta tanto na cultura técnica, médica, dos grandes autores brasileiros, como vimos, quanto na cultura popular. [...] Na fala dos profissionais, sem essa sutura adicional que aperta a vagina, o ponto do marido, o parceiro ficaria desinteressado sexualmente da mulher ou, pelo menos, de sua vagina. [...] a episiotomia e seu ponto do marido, assim como a cesárea e sua “prevenção do parto”, no caso brasileiro, podem funcionar, no imaginário de provedores, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina medicamente sancionada, simbolicamente condizente com essas exigências da cultura sexual, seja pela prevenção, seja pelo tratamento [...] (DINIZ, 2001, p. 191; 192; 193).

Mesmo sendo uma prática não recomendada pela OMS (1996)<sup>54</sup> e um modelo já superado pela medicina baseada em evidências, a episiotomia ainda é reproduzida na formação médica como um procedimento que visa melhorar a vida sexual da mulher, conforme depreende-se do excerto abaixo:

Depois, João (residente) apalpou a barriga da mulher, colocou a mão por dentro do canal vaginal, dizendo que ia doer um pouco mas era importante para evitar infecção. Colocou uma boneca de gaze no interior do canal vaginal da mulher e secou um pouco o sangue por fora para iniciar a sutura. Depois, pediu para que eu pegasse o banquinho para ele sentar. A mulher se queixava de dor durante a sutura, mas estava bem mais tranquila. Como ela reclamasse muito, ele aplicou anestesia novamente. Num determinado momento da sutura, ele disse que ia dar dois pontos que iam doer um pouco mais, depois comentou que era o “ponto do marido”. Perguntei a ele o que era isso e ele disse que era um ponto que era dado para que “as coisas voltassem a ser parecidas com o que era antes” e que, se eles não fizessem isso, depois o marido voltava para reclamar. Como a referência ao marido é uma constante, perguntamos se eles já viram um marido reclamar, ao que responderam que não, uma vez que esse ponto era sempre feito (DINIZ, 2001, p. 105-106).

Além disso, há um flagrante despreparo jurídico em lidar com temas relativos a reparação de danos físicos decorrentes de episiotomia, negando completamente as diversas evidências científicas sobre a questão e perpetuando precedentes errôneos no meio jurídico<sup>55</sup>, conforme se depreende do julgado abaixo:

RESPONSABILIDADE CIVIL. MÉDICO. HOSPITAL. ERRO MÉDICO. PARTO CESÁRIO. EPISIOTOMIA. POSTERIOR INCONTINÊNCIA FECAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO NEXO CAUSAL. NEGLIGÊNCIA E IMPERÍCIA MÉDICO-HOSPITALAR NÃO CONSTATADAS. 2. No caso concreto, demonstrada a inexistência de falha no serviço, já que foi observada a técnica adequada, seguindo-se os procedimentos médicos recomendados, não havendo como imputar-se responsabilidade. A arte médica, no caso, autoriza e até recomenda a

<sup>54</sup> O uso liberal e rotineiro de episiotomia enquadra-se na categoria D como prática frequentemente usada de modo inadequado.

<sup>55</sup> Julgados semelhantes são encontrados na esfera dos tribunais seguindo o mesmo paradigma, perpetuando o entendimento completamente errôneo e não baseado em evidências de que a episiotomia é um procedimento necessário nesses casos, negando-se completamente o direito de informação da parturiente.

realização de episiotomia justamente para facilitar a expulsão como também para prevenir lacerações aleatórias no assoalho pélvico, não raras e decorrentes muitas vezes da própria gestação. Prova pericial que não estabelece nexo causal entre o procedimento e a lesão, demonstrando, ainda, que não houve incorreção (Apelação Cível nº 70042631820, 9ª Câmara Cível, Relatora: Desª Marilene Bonzanini, 9ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul).

A episiotomia de rotina é portanto considerada uma prática associada à violência obstétrica ocasionando uma série de complicações à parturiente. Sua prática implica em ser computado procedimento adicional além do parto, também definindo mais dias de internação hospitalar, o que acaba gerando mais lucratividade para médicos e instituições hospitalares privadas ou mistas<sup>56</sup>. Ademais, serve como oportunidade de treinamento prático para os médicos residentes na área (KONDO et al., 2014a).

No Brasil, um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher. No entanto, segundo evidência científica, a episiotomia de rotina danifica as estruturas vaginais mais do que as protege. [...]As mulheres aceitam a episiotomia de rotina no Brasil porque a maioria acredita que ela seja necessária, do ponto de vista médico, para proteger sua saúde e a do bebê. Como a episiotomia é uma decisão do médico, as mulheres presumem que este está fazendo a coisa mais correta. Se a mulher acreditar que terá problemas sexuais e uma vagina flácida depois do parto normal, e que a episiotomia é solução para isto, ela concorda (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 86-87)

Por óbvio, nem todas as condutas relacionadas às práticas obstétricas podem ser enquadradas como violência obstétrica, ao passo que há situações de caráter emergencial que devem ser adotadas com escopo de salvar a parturiente e o nascituro. Entretanto, condutas com relação à episiotomia realizadas de modo indiscriminado e rotineiramente violam os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, e portanto, devem ser analisadas com cautela a fim de que seja devidamente averiguado se a gestante foi devidamente informada ou não no ato de sua realização e acima de tudo se autoriza o procedimento. Resta claro a presença da violência obstétrica diante da perda de autonomia da parturiente em ser protagonista do seu parto, através de uma intervenção danosa que poderá afetar consideravelmente a sua qualidade de vida, comprometendo a integridade física, psíquica e sexual.

### 3.3.2 Manobra de Kristeller

---

<sup>56</sup> A prática da episiotomia acarreta custos hospitalares mais altos: Belizan (2008 *apud* AMORIM; KATZ, 2008) estimou economia entre US\$ 6,50 e 12,50 por parto vaginal sem episiotomia no setor público. A estimativa para o Brasil seria de economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias (AMORIM; KATZ, 2008).

A médica gritava comigo, me mandava ficar quieta. Em um momento, ela pediu para um acadêmico, ele, bem forte, colocou uma mão no início do meu estômago e a outra no final da barriga e empurrou. Senti o corpinho da minha filha saindo. Quando ela nasceu, eu estava tão fragilizada que nem consegui chorar. Ficou o trauma do hospital. Até hoje, quando passo por lá, me vêm as lembranças.<sup>57</sup>

A manobra de Kristeller é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve. Utiliza-se as mãos, braço, antebraço, joelho, e em casos mais absurdos, profissionais de saúde sobem sobre o abdômen da parturiente. É conhecida como “manobra invisível”, posto que raramente é mencionada em prontuário médico (DINIZ, 2009; PARIENTE, 2013).

O fato consiste num flagrante desrespeito à integridade física da mulher e nos casos mais comuns pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias, contusões, além da violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros<sup>58</sup>, fratura de clavícula, trauma encefálico, descolamento do músculo esternocleidomastoideo<sup>59</sup>, hipóxia<sup>60</sup>, dentre outras sequelas (GARCIA et al., 2013).

A pesquisa Nacer no Brasil (LEAL et al., 2012), constatou que essa violação acomete aproximadamente 36,1% das mulheres. Segundo a classificação da OMS (1996), a manobra de Kristeller é enquadrada na categoria C como prática ineficaz, sem evidência científica para utilização e usada de forma inadequada. Além disso, o Ministério da Saúde na publicação “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada para a Mulher” (2001) também descreve o procedimento como prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada.

Ademais, em 23 de janeiro de 2017, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) homologou, por unanimidade, a decisão 95/2016 do Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS)<sup>61</sup>, que proíbe a participação de profissionais de Enfermagem na manobra de Kristeller. Conforme Carvalho (2014), não se verifica qualquer benefício materno ou fetal para aplicação da manobra de Kristeller, mas sim,

<sup>57</sup> Depoimento real de vítima da violência obstétrica extraído do sítio Gazeta Online. Disponível em: <[http://gazetaonline.globo.com/\\_conteudo/2014/06/noticias/cidades/1490289-humilhacao-e-violencia-na-hora-doparto.html](http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2014/06/noticias/cidades/1490289-humilhacao-e-violencia-na-hora-doparto.html)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

<sup>58</sup> A distócia de ombro (DO) é a necessidade de utilização de manobras obstétricas para desprendimento dos ombros durante o parto vaginal, podendo ocasionar algumas complicações maternas e fetais como lacerações do canal de parto, fratura de clavícula e outras lesões. (TEIXEIRA et al., 2012).

<sup>59</sup> É um músculo da face lateral do pescoço, na região anterolateral. É o principal flexor do pescoço.

<sup>60</sup> Sofrimento para o feto com diminuição ou ausência de oxigênio necessário ao feto por meio da placenta.

<sup>61</sup> De modo semelhante, outros Conselhos Regionais de Enfermagem estabeleceram o mesmo, dentre eles, COREN-MT, COREN-SP, COREN-PR, COREN-RO, COREN-DF, COREN-SC.

riscos associados ao aumento das taxas de episiotomia, lacerações no períneo, aumento da dor perineal e dispareunia<sup>62</sup> em um período pós-parto, além das sequelas físicas e psicológicas ao neonato e a parturiente.

### 3.3.3 Cesáreas eletivas

Eu queria muito um parto normal e o meu médico sabia. Ele disse: ‘melhor fazer cesárea para não passar da hora, ou você quer colocar a vida do seu filho em risco?’. Eu comecei a chorar e aceitei, lógico! [...] E marcou para a semana antes do natal. Beatriz, Vitória (ES). (KONDO et al., 2014b, p. 10).

Originariamente, a cesárea foi desenvolvida como um procedimento cirúrgico com o escopo de salvar a vida da mãe e/ou da criança nos casos de complicações durante a gravidez ou parto, sendo, portanto, um recurso a ser utilizado somente quando surge algum tipo de risco para a mãe, para o bebê para ou ambos (BARBOSA et al., 2003). Entretanto, no Brasil e em diversos outros países a cesárea tem sido abusivamente utilizada sem benefícios para mulheres e neonatos.

Em pesquisa realizada pela Fiocruz (DIAS et al., 2008) envolvendo 487 puérperas observou-se que embora 70% das entrevistadas não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% deram à luz por esse tipo de parto. Em 92% dos casos, a cirurgia foi realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto, como acontece na maioria das vezes.

A relação entre a mortalidade materna e neonatal associada ao alto número de cirurgias cesarianas foi reconhecida no Relatório 2014 da PMNCH – *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* (Parceria para Saúde Materna, Neonatal e Infantil) da OMS, documento lançado no Fórum Mundial de 2014.

Em 2015, como resultado de uma Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público Federal na 24ª Vara Cível Federal de São Paulo, em face do excessivo número de cirurgias cesarianas na rede complementar<sup>63</sup>, a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar<sup>64</sup>, publicou a Resolução Normativa nº 368/2015 que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do

<sup>62</sup> Dor genital recorrente ou persistente associada ao intercuro sexual (FERREIRA et al., 2007, p. 694).

<sup>63</sup> Conforme a pesquisa Nacer no Brasil, 88% dos partos na rede privada são realizados por meio de cirurgia cesariana.

<sup>64</sup> A ANS é uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável pela gestão da Saúde Suplementar.

partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar<sup>65</sup>.

Também em 2015, a OMS preocupada com essa problemática, divulgou uma declaração sobre as taxas de cesárea, apontando o Brasil como líder mundial na prática e alertando acerca da epidemia eminente. Salienta-se que desde 1985, a recomendação da comunidade internacional de saúde considera que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. No Brasil, mais da metade dos nascimentos são realizados por meio dessa modalidade de cirurgia, predominantemente na rede privada, conforme já ressaltado.

A OMS (2015) concluiu que as taxas de cesáreas são efetivas para salvar vidas de mães e crianças, quando indicadas ao caso e feitas em um ambiente seguro, mas faz alertas sobre os seus riscos, destacando ainda, que não existem evidências de que fazer cesáreas sem necessidade clínica evidente possa trazer alguma espécie de benefício à mãe ou ao bebê.

Em geral, a cesariana é indicada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, em intervalo de tempo necessário e seguro a fim de prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna. Por se tratar de uma intervenção cirúrgica, a cesárea por si só, oferece riscos tanto à parturiente quanto ao neonato. Pode implicar em complicações maternas menores como episódios de febre ou perda maior do volume de sangue, até eventos maiores, tais como, lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos, razão pela qual as evidências médicas indicam que as taxas de mortalidade materna em decorrência de cesárea são até sete vezes maiores do que nos partos normais (BRASIL, 2008).

Entre os fatores que desencadeiam a opção das mulheres por um parto cesárea constata-se: a organização da atenção obstétrica no Brasil pautada pela conveniência dos médicos através de uma intervenção programada; insegurança com relação ao parto normal em virtude de um treinamento obstétrico insuficiente; a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesariana; a esterilização cirúrgica realizada frequentemente durante as cesáreas eletivas; fatores socioculturais associados ao medo da dor durante o trabalho de parto e parto; crença associada a manutenção da fisiologia e anatomia da vagina e do períneo; além do conceito popular de que o parto vaginal é mais arriscado, sendo a cesárea considerada uma forma moderna de ter filhos (FAÚNDES; CECATTI, 1991; RATTNER, 1996; TESSER et al., 2015). Tais fatores fomentaram a disseminação da chamada “cultura da cesárea” entre as

---

<sup>65</sup> Vide anexo

mulheres brasileiras, havendo uma preferência pelo parto cirúrgico em detrimento do vaginal, revelando “um enorme impacto adicional sobre as contas do setor saúde, resultante das complicações infecciosas e anestésicas, ou da simples ocupação por mais dias de internação dos já reduzidos leitos obstétricos” (DINIZ, 2001, p. 15).

Ademais, os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que têm maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não possuem condições de arcar com os custos de uma cesariana, conforme expressa a pesquisadora Simone Dias, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PERASSO, 2015). Um dos fatores listados mais predisponentes e que mais influem para configurar esta problemática é o fato do parto normal ser considerado um processo doloroso e arriscado no Brasil, gerando sofrimento à parturiente<sup>66</sup>.

Adicionalmente, com o persistente excesso de cesarianas por décadas no Brasil, provavelmente ocorreu (e continua ocorrendo) uma modificação no treinamento dos médicos obstetras no país: eles podem não estar desenvolvendo e exercitando habilidades clínicas para acompanhar um parto normal sem intervenções cirúrgicas. Ao não saberem mais manejar clinicamente partos, qualquer complicação e/ou distócia, ou mesmo variação da normalidade tende a ser resolvida pela cirurgia, que em muitos casos poderia ser evitada com benefícios para a mulher e seu bebê. Todos esses fatores ajudam na compreensão do enorme número de violações de direitos e de agressões de várias ordens, bem como do grande volume de cesarianas desnecessárias que ocorrem atualmente no Brasil, tanto no setor privado como no sistema público de saúde (TESSER et al., 2015, p. 6).

Importante salientar que a cesárea não pode ser vista de modo indiscutível como sinônimo de violência obstétrica, mas pode ser considerada uma prática associada ao fenômeno quando é realizada sem uma real necessidade, ou ainda quando as mulheres passam por um processo de ameaça, coerção e convencimento através do qual o médico impõe sua vontade, desrespeitando a autonomia da gestante<sup>67</sup>. Além disso, diante da ausência de

---

<sup>66</sup> No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (REHUNA, 1993, p. 01).

<sup>67</sup> Diante dessa problemática, o Conselho Federal de Medicina (CFM) implantou a Resolução 2144/2016 que entrou em vigor no dia 22 de junho de 2016 estabelecendo novos critérios para realização das cirurgias cesarianas que com escopo de garantir a segurança do feto somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, com o devido registro em prontuário. Conforme a exposição de motivos listados pelo CFM consta como o principal: o respeito a autonomia da parturiente implicando uma reconfiguração na relação médico-paciente. Ao ser bem informada, a mulher deve decidir com o médico as melhores opções de tratamento, reconhecendo-se à paciente, o direito de tomar decisões conscientes, baseadas na melhor evidência científica.

informação adequada, as parturientes ficam extremamente vulneráveis às indicações de cesáreas, submetendo-se, na maioria dos casos, a uma cirurgia de grande porte com riscos e complicações.

### 3.3.4 Demora no atendimento ao parto

E desrespeitaram a minha situação, estava frágil [choro] com muita dor e desespero para ter a minha filha no hospital e depois do segundo fiquei desesperada ainda mais (...) um sentimento horrível não conseguir o que você queria, ser internada para ter o seu filho, e a dor somente aumentando e aumentando. [...] E quando ele falou isso [não tem vaga] quase morri de desespero [choro], senti uma angústia tão grande, a dor aumentando e eu ainda não estava internada<sup>68</sup> (RODRIGUES et al., 2015, p. 619).

Um número significativo de lesões às parturientes e neonatos são decorrentes da demora para realização do parto, sendo associado a negativa de atendimento por parte dos profissionais de saúde, médico indisponível, indisponibilidade de vaga, leito obstétrico ou UTI neonatal, gerando a chamada peregrinação por leito e ocasionando mais um grave problema de saúde pública na rede de atenção à saúde materna.

[...] a carência de vagas na assistência obstétrica, a peregrinação e o não atendimento de suas necessidades, ressalta essa insatisfação além de aumentar a vulnerabilidade dessas mulheres e de seus filhos. Portanto, é possível constatar a violência obstétrica na medida em que o direito constitucional e institucional não lhes foi garantido [...] a peregrinação na assistência obstétrica transforma um ideário de acessibilidade em violência institucional, uma vez que a condição de cidadania é desrespeitada como garantia legal [...] A falta de cuidado, o desrespeito e a recusa de atendimento podem ser observados no cotidiano da prática de alguns profissionais de saúde, constituindo-se uma realidade da assistência obstétrica nos serviços de saúde, configurando uma violência de caráter institucional ocasionada pela falta de apoio no cuidado à mulher, como o acolhimento, observado no (des)cuidado com ela frente ao processo de peregrinação. [...] A violência institucional vivenciada durante a peregrinação perpassa pela omissão de cuidados maternos, agravada por insultos, humilhações, ofensas, desrespeito, discriminação e culpabilização, que ocorrem por conta dessa relação de desigualdade, caracterizando um tipo de violência injustificada (RODRIGUES et al., 2015, p. 617-618).

O tratamento desrespeitoso demonstrado por uma conduta antiética em negar atendimento à parturiente, contraria os princípios adotados pela Política de Humanização da

---

Uma vez esclarecido à gestante as vias de parto, riscos e benefícios, a mesma deve externar o seu desejo, mas a decisão tomada deve ser dividida com o médico; e caso não exista concordância, a mulher tem o direito de procurar outro obstetra. Caso a decisão seja pela cesariana, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que reforce as informações prestadas oralmente e que explique os princípios, as vantagens e desvantagens potenciais da operação deve ser assinado pelo médico e pela paciente.

<sup>68</sup> Depoimento extraído da pesquisa intitulada “A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico” (RODRIGUES et al., 2015) em quatro maternidades públicas da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, envolvendo cinquenta e seis mulheres.

Assistência e constitui-se como agressão aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, caracterizando além dos danos físicos, uma violência obstétrica de cunho psicológico, tendo em vista a instabilidade emocional provocada na mulher em um momento em que ela se encontra particularmente vulnerável, contribuindo diretamente para um processo de parturição inseguro, principalmente pela ação da adrenalina que é produzida pelo organismo quando se encontra em processo de estresse (RODRIGUES et al., 2015).

A insegurança produzida pela incerteza de ter ou não uma vaga para realização do parto, associada à possibilidade de ter que por meios próprios peregrinar em busca da mesma é uma condição desumana, tendo as mulheres que retardar ao máximo a ida à maternidade para tentarem evitar o risco de serem transferidas, gerando riscos para elas e para os bebês (DIAS; DESLANDES, 2006). Dias e Chacham afirmam que:

As mulheres que usam o SUS durante o pré-natal frequentemente não conseguem reservar um lugar para o parto. As normas para o atendimento pré-natal recomendam que os profissionais de saúde forneçam à mulher no final da gravidez uma carta de recomendação a um hospital, para ajudá-las a conseguir um leito para o parto. Os profissionais de saúde referem-se jocosamente a esta carta como um “alvará de vire-se”, pois em geral não produz resultado [...] Para mulheres que dependem do SUS, o acesso a um leito em qualquer maternidade apresenta vários problemas. Um deles é quando se dirigir ao hospital para assegurar acesso a um leito. Por não haver consenso sobre quando o trabalho de parto começa, alguns hospitais aceitam a mulher logo no início do processo, o que tende a produzir mais intervenções. Outros só aceitam as mulheres que estão prestes a dar à luz, o que dá a elas pouquíssimo tempo para procurar um leito (2006, p. 82).

Conforme depoimento extraído da tese de Hotimsky, os médicos possuem consciência de que é obrigação também deles encontrar a vaga para a paciente: “É obrigação do médico procurar e encontrar uma vaga para a paciente (quando seu caso é uma urgência ou emergência). Acho muito errado, mas tem médico que trata mal essas pacientes. Isso era mais frequente há um tempo atrás, mas, infelizmente, ainda acontece” (2007, p. 222).

Essa violação contraria inclusive o disposto na Lei 11.634 de 2007 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde, assegurando-lhe o direito ao conhecimento e vinculação prévia a uma maternidade na qual será realizado o parto ou ainda atendimento nos casos de intercorrência pré-natal. Além disso, a carência inviabiliza o acesso da parturiente aos serviços de saúde, ferindo sua cidadania em virtude dos obstáculos para usufruir do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

Além disso, conforme Ventura (2009), as mulheres negras, indígenas e imigrantes possuem maiores dificuldades e preconceitos no que tange ao acesso à saúde, sendo mais

vulneráveis à violência institucional, tendo em vista a violação de normas éticas e legais de direitos humanos. A demora no atendimento ao parto além de engendrar sequelas físicas ao nascituro, através de lesões irreversíveis e morte, culmina em potenciais danos psicológicos enfrentados pelos pais em virtude das graves lesões aos filhos, tendo em vista as falhas precárias no sistema de saúde, comprometendo a atenção eficaz na linha de cuidado à mulher.

### 3.3.5 Proibição de acompanhante

Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse: “Então eu vou embora e você faz o parto” (C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG) (CIELLO et al., 2012, p. 65).

A proibição do acompanhante é caracterizada como outra forma de violência obstétrica uma vez que descumpre a Lei 11.108/2005<sup>69</sup>, duas importantes resoluções: Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal<sup>70</sup> e Resolução Normativa (RN) 262/2011 da Agência Nacional de Saúde (ANS)<sup>71</sup>, além do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>72</sup> e a Lei 13.257/2016<sup>73</sup> (nos casos de adolescentes grávidas). Ademais, a presença do acompanhante é parte da política oficial adotada pelo Ministério da Saúde incluída na Rede Cegonha<sup>74</sup>. Nesse sentido:

<sup>69</sup> Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A Lei 11.108/2005 instituiu aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, obrigatoriedade em permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante, indicado pela gestante. “Infelizmente, o texto ambivalente da Lei, na prática é interpretado como se os médicos e os serviços tivessem autoridade para violar a lei” (DINIZ et al., 2014, p. 150).

<sup>70</sup> A RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta o funcionamento de todos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, permitindo a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

<sup>71</sup> A RN 262/2011 da Agência Nacional de Saúde (ANS) versa sobre o direito de acompanhante nos casos dos planos de saúde.

<sup>72</sup> Art. 8º: É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. § 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016).

<sup>73</sup> Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.

<sup>74</sup> A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres, oferecendo assistência desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, pós-parto cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Todas as mulheres devem ser informadas, no decorrer do pré-natal, sobre o seu direito a acompanhantes durante toda a internação para o parto, da admissão até a alta, passando pelo trabalho de parto, parto e recuperação cirúrgica e/ou anestésica, bem como nos casos de aborto e de outras complicações, como gestação ectópica e gestação molar. Essa informação deve ser fornecida com antecedência e clareza suficientes para que a mulher e a família possam fazer os arranjos necessários para garantir a escolha e a participação do acompanhante (DINIZ et al., 2015, p. 5).

Não obstante as leis e resoluções supracitadas, a pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL et al., 2012) revela que menos de 20% das mulheres se beneficiam da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas como opção de parto.

A grande maioria das mulheres que contaram com a presença do acompanhante consideraram o fator “útil ou muito útil” para ter uma experiência melhor e mais calma no parto (91,2% das respostas válidas). A forma de pagamento para assistência ao parto das mulheres foi um fator considerável fortemente associado a ter ou não a presença do acompanhante: no setor público 29,5% não tiveram qualquer acompanhante, no setor privado apenas 4,7%. As mulheres que tinham acompanhantes relataram mais satisfação com o atendimento, receberam mais informações, se sentiram mais respeitadas pelos profissionais, e relataram menos qualquer forma de violência durante a internação (DINIZ et al., 2014).

A resistência à garantia de acompanhantes para todas as mulheres em todos os momentos do parto, e para a promoção de um ambiente de nascimento confortável para a mulher, reforça a denúncia dos movimentos sociais de que há um conflito de interesses na organização da assistência ao parto, com o objetivo de “pessimizar a experiência do parto para vender cesáreas”: se uma melhor experiência de parto fosse possível, menos mulheres decidiriam por cesariana apenas para se sentirem mais protegidas da violência, da solidão e da indignidade (DINIZ et al., 2014, p. 151).

Os argumentos que justificam a negação do acompanhante associam-se a “necessidades” institucionais baseadas na estrutura física dos hospitais ou ainda profissionais, quando a decisão passa a ser um critério do médico (ZORZAM, 2013). Conforme a OMS (1996), o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto são enquadrados na “categoria A” como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, uma vez que a presença de acompanhantes é altamente protetora contra formas de violência durante a internação hospitalar, promovendo melhores resultados maternos e neonatais, tais como: maior satisfação materna com o processo do parto; trabalhos

de partos mais curtos e baixas de partos operatórios; menores taxas de demanda por analgesia; apoio emocional esboçando-se no encorajamento às mulheres; segurança, uma vez que aumenta a capacidade da mulher para se expressar, sendo especialmente valioso em casos de complicações graves; informações acerca do progresso no trabalho de parto e técnicas para lidar com o momento. Esse apoio contínuo otimiza a fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, reduzindo a dependência de intervenções médicas. Além disso, o fator pode ser considerado um indicador de segurança na qualidade ao atendimento e respeito pelos direitos das mulheres na assistência (DINIZ, 2009; DINIZ et al., 2014).

Em pesquisa realizada por Louro (2002)<sup>75</sup> constatou-se com base em evidências científicas que a presença do acompanhante minora o sofrimento, ansiedade e medo da mulher, tornando o processo de parturição mais natural e menos traumático, em virtude do importante suporte emocional atrelado aos sentimentos de segurança e confiança, diminuição do nível de estresse materno e depressão pós-parto. Entretanto, embora haja avanços na implementação de uma política de saúde que garante tal direito à parturiente, a maioria das mulheres no Brasil, na vida real, ainda não pode contar com a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto ou parto. (DINIZ et al., 2014).

### 3.3.6 Aplicação de ocitocina

É foda, é punk, é horrível, é horrível, horrível, horrível! É... eu falei, eu falo pra todo mundo, eu falei: 'Conseguiram pegar o diabo, transformar em líquido (...)' (Beatriz, parto normal pelo SUS) (ZORZAM, 2013, p. 156).

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas abreviando o trabalho de parto, entretanto, destaca-se que o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, sem indicação correta e aplicada no soro da parturiente causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada pode causar sérias complicações para à mulher e o neonato, podendo levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo.

Além do potencial dano físico em decorrência do uso rotineiro e indiscriminado, há a negação do direito de informação à parturiente, haja vista que os profissionais de saúde não

---

<sup>75</sup> A pesquisa foi realizada através de uma revisão sistemática da literatura a partir da base de dados MEDLINE, na qual analisou-se 41 artigos acerca da produção do suporte oferecido à mulher durante o processo de parturição, no período de 10 anos (1991-2001).

informam sobre o procedimento, alegando se tratar apenas de um soro. Ademais, mesmo quando são informadas, as conduções e induções com ocitocina são iniciadas quase sempre sem o consentimento das parturientes, sem que sejam informadas dos riscos e benefícios do procedimento, sendo a intervenção relatada como uma das mais dolorosa (ZORZAM, 2013).

Além disso, os danos psicológicos às parturientes são latentes uma vez que “as induções e conduções do trabalho de parto com o uso da ocitocina associaram-se a um período de solidão, no qual os profissionais muitas vezes “esquecem” das mulheres, até que o trabalho de parto torne-se intenso,” (ZORZAM, 2013, p. 160) sendo a dor totalmente vilipendiada, associada a ameaças e constrangimentos quando torna-se intensa e mesmo assim, as parturientes precisam silenciar.

Conforme a OMS (1996), a ocitocina só deve ser utilizada no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue, devendo o uso rotineiro ser evitado. A correção da dinâmica do parto com utilização de ocitocina é uma prática enquadrada na categoria D como sendo frequentemente usada de modo inadequado.

### 3.3.7 Restrição da posição para o parto

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico. (G. atendida através de plano de saúde no Rio de Janeiro-RJ) (CIELLO et al., 2012, p. 107).

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher constitui-se como uma forma frequente e rotineira de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia<sup>76</sup> ou posição supina<sup>77</sup> prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato. Conforme Maia (2010) uma das mudanças mais emblemáticas oriundas do modelo tecnocrático de parto, diz respeito à posição da mulher em trabalho de parto e parto, da vertical (sentada ou de cócoras) para a horizontal (deitada).

A medicalização nesse sentido, exteriorizou-se através da imobilização da mulher que deve ter o bebê na posição horizontal. Mesmo sendo uma posição que dificulta o processo

<sup>76</sup> Posição onde o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionado a 90°, expondo o períneo.

<sup>77</sup> O corpo da paciente fica deitado com a face voltada para cima com a cabeça alinhada ao tronco, em posição neutra.

fisiológico do parto, a prática justifica-se sob duas perspectivas: facilitar o trabalho médico que precisa examinar a parturiente e permitir a condução ativa do parto por seu intermédio.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais. (MAIA, 2010, p. 36-37).

Em observância a tal direito da parturiente, a RDC nº 36/2008 da ANVISA assegura à gestante condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos. Além disso, a OMS (1996) enquadra na categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas) o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e na categoria B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas) o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) e da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. Entretanto, não obstante as recomendações, muitas mulheres são impedidas de escolher a melhor posição para parto.

### 3.3.8 Privação de alimentos e bebidas

Depois de passar o tempo todo deitada na maca, pois não me permitiram me movimentar para ajudar no trabalho de parto, sem poder beber ou comer, com ocitocina no soro, sem acompanhante, fui para mesa de parto, amarraram minhas pernas, uma enfermeira subiu em cima da minha barriga e minha filha nasceu. Só depois de 7 horas após o parto levaram a minha filha para eu conhecer. (R.R.S.V. atendida na rede pública em Belo Horizonte-MG) (CIELLO et al., 2012, p. 101)

A privação de alimentos e bebidas através de um jejum forçado e prolongado é uma prática constantemente observada desde a internação para o trabalho de parto. A técnica muito utilizada com o propósito de esvaziamento gástrico durante o pré-operatório, já foi reavaliada por ser comprovadamente maléfica à saúde da parturiente, em decorrência do risco de hipoglicemia e desidratação (MORO, 2003), sendo hoje considerada ineficaz. Mesmo em casos de parto normal sem anestesia essa prática é muito comum com a finalidade de evitar náuseas e vômitos, sendo um argumento apresentado e aceito pelas mulheres, sem

possibilidade de contestação quanto à imposição (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

A OMS (1996) inclui como uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto e enquadra como prática frequentemente utilizada de modo inadequado a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.

O jejum obrigatório prejudica a dinâmica do parto, uma vez que interfere na movimentação do bebê, desdobrando-se em uma cascata de intervenções que culminam em uma cesariana. A ingestão de alimentos e bebida (água, sucos) além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propicia às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo. O jejum prolongado provoca fraqueza, além da necessidade de maior aporte medicamentoso para a recuperação física da parturiente (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

### 3.3.9 Violência obstétrica psicológica

O médico entrou e falou ‘Vamos fazer esse bebê nascer’. Mandaram eu fazer força, mas não conseguia por causa do quadro de pressão alta. O médico disse que eu seria a primeira mulher do mundo que não ia conseguir parir um filho. Uma enfermeira debochou, disse que ‘na hora de fazer foi bom’. Comecei a pedir desculpas, me sentia culpada. ‘Seu bebê vai morrer’, o médico dizia. Três enfermeiras empurraram minha barriga, e ele nasceu em silêncio.<sup>78</sup>

O médico só gritava: “puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!”. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: “Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?” Eu estava em estado de choque, mas eu disse: “Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura”. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: “Quer ver o corpo?” Eu não quis. (K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG). (CIELLO et al., 2012, p. 138).

Os maus-tratos físicos aos quais muitas mulheres são subordinadas diariamente são mais facilmente reconhecidos como violação aos direitos das mulheres do que os abusos psicológicos graves sofridos por elas, uma vez que equivocadamente se propaga que os últimos, em geral, não deixam marcas aparentes conforme se demonstrará a seguir.

<sup>78</sup> Depoimento extraído do site Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkiutgeb18bwkud2ozhhq>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

Ressalta-se que contribui significativamente para a não valorização da violência psicológica, o fato de frequentemente as práticas que a configuram bem como a comunicação violenta, ou seja, a que visa confundir e manipular, sequer serem reconhecidas como violência por grande parte das mulheres. Observe-se que a violência psicológica é a forma mais subjetiva e recorrente de agressão contra a mulher, sendo caracterizada como:

[...] qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (LEI MARIA DA PENHA, art. 7, II).

Considerada pela OMS (2002) como uma das formas mais presentes formas de agressão à mulher, sua naturalização é apontada como estímulo a uma espiral de violências. Para Rovinsky (2004) o maltrato físico é mais facilmente reconhecido como prejuízo à mulher enquanto o abuso psicológico, por sua vez, não deixa marcas aparentes, sendo de difícil identificação até para própria mulher que não consegue reconhecê-lo ou identificá-lo, uma vez que a mente da mulher vítima de violência psicológica é brutalmente afetada e ou manipulada.

Constata-se que as mulheres sentem mais facilidade em superar a violência física sofrida, quando desassociada da violência psicológica, como empurrões, tapas e pontapés, do que as humilhações que, segundo elas, provocam uma dor muito mais profunda (SAFFIOTI, 2004). Nesse sentido, a violência psicológica se desenvolve, intensifica-se e se retroalimenta através de um processo silencioso, que progride sem ser identificado, evoluindo em diversas outras formas múltiplas de violência, podendo desembocar em um feminicídio. Contribui ainda para o agravamento quadro, a aparente indiferença dos pesquisadores ao escreverem sobre este fenômeno, resultando em poucos estudos sobre o tema (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Além disso, apesar da alta incidência e poder de consequência dessa modalidade de crime, considera-se também, o descaso do Judiciário por esta tipologia específica de violência, refletida na invisibilidade do fenômeno nos julgados, mesmo quando a violação é latente. Conforme Silva e Alves “Tanto no âmbito de atuação do Ministério Público e da Polícia, quanto na do Poder Judiciário, não é comum a construção doutrinária que possibilite a condenação do agressor unicamente em razão da agressão psicológica perpetrada” (2016, p. 07). Se observada sob a perspectiva da atenção obstétrica, a violência psicológica ganha

proporções ainda maiores, uma vez que a mulher está duplamente vulnerável: pelo fato de ser mulher e ter constantemente seus direitos violados e ainda por sua condição de parturiente.

A violência psicológica é uma das formas mais invisibilizadas e cruéis de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar (OMS, 2002, CIELLO et al., 2012; VENTURI; GODINHO, 2010, AGUIAR, 2010; ROVINSKI, 2004, 2009; SCHRAIBER et al., 2007), ocorrendo isoladamente ou ainda abarcando todas as demais categorias de violência obstétrica (negligência, física, sexual e verbal) uma vez que refere-se a:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. (CIELLO et al., 2012, p. 60).

Apesar de não deixar marcas físicas, a violência psicológica prejudica e perturba o equilíbrio emocional, podendo configurar e ou desencadear sintomas emocionais e ou psicopatológicos sérios nas vítimas. As mulheres vítimas de agressões psicológicas são mais propensas a desenvolverem doenças psicossomáticas. Segundo Alvarenga (2011, tradução nossa) a violência psicológica gera pelo menos dois tipos de lesões: lesões psicológicas agudas e lesões psicológicas a longo prazo. As primeiras são aquelas que aparecem como reações de choque, negação, confusão, abatimento, perturbação; além de outros sintomas comuns, como a sensação de incompetência, desvalorização, culpabilidade, vergonha e depressão. As segundas incluem temor, ansiedade, fadiga, alterações no sono e apetite, pesadelos, reações intensas de susto, queixas físicas em forma de desconforto e dores inespecíficas, fatores que comprometem consideravelmente a saúde e qualidade de vida das vítimas. Apesar da afirmação equivocada no sentido de que a violência psicológica não deixa marcas aparentes, a lesão à saúde emocional ou ainda a qualidade de vida da vítima são sintomas materializados e diagnosticados, portanto, através de perícias.

Sob essa perspectiva, destaca-se o entendimento de Silva e Alves (2016) que defendem a possibilidade da criminalização da violência psicológica pura como crime de lesão corporal à saúde da vítima de violência doméstica com base no *caput* e § 9º, do art. 129, do Código Penal brasileiro, combinado com o art. 7º, II, da Lei 11.340/2006, o que pode ser perfeitamente transposto para os casos que se enquadram como violência na atenção obstétrica.

Esta espécie de elementar abarca signos e expressões que para se adequarem coerentemente, requerem uma “interpretação valorativa, jurídica ou técnico-transdisciplinar extrajurídica” (SILVA; ALVES, 2016, p. 81) tendo em vista que o art. 129, *caput*, do Código Penal brasileiro ao estabelecer que se configura como lesão corporal “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”, estende os efeitos da medida para danos fisiológicos e também psicológicos, tendo, portanto, o elemento normativo “saúde” variáveis interpretações, devendo o intérprete analisá-lo de modo transdisciplinar.

Ofensa à saúde compreende a alteração de funções fisiológicas do organismo ou perturbação psíquica. A simples perturbação de ânimo ou aflição não é suficiente para caracterizar o crime de lesão corporal por ofensa à saúde. Mas configurará o crime qualquer alteração ao normal funcionamento do psiquismo, mesmo que seja de duração passageira. (BITTENCOURT, 2001, p. 176)

Rovinski (2009), por sua vez, defende que a avaliação psicológica da vítima não só pode funcionar como prova do crime, como deve ser considerada indispensável desde o momento da denúncia até a esfera do Judiciário, havendo a necessidade de avaliação da repercussão emocional que o fato causou à vítima e os diferentes sintomas que ela apresentou, apresenta ou pode continuar a apresentar, sendo, portanto, uma prova contundente para a materialização do dano psicológico na perícia técnica, tendo em vista a necessidade de sua mensuração.

Entretanto, “a noção jurídica de dano supõe que um evento danoso só pode ser considerado um fenômeno jurídico quando desse evento surgirem consequências que tenham relação com a norma jurídica” (ROVINSKY, 2004, p. 36). Além disso, duas teorias cooperam para a reparabilidade deste dano: a teoria da diferença e a teoria do interesse (ROVINSKY, 2004). A primeira diz respeito à diminuição do patrimônio, observando-se o momento anterior e o posterior da vítima após o dano, sendo o dano convertido em uma dimensão matemática, e, portanto, objetiva e facilmente calculável (MORAES, 2003). Entretanto, é preciso se ter a “compreensão de que o dano extrapatrimonial não é mensurável, o que torna qualquer fórmula matemática inviável” (DALAZEN, 1999, p. 79). Quanto à teoria do interesse vincula-se o dano à lesão de um interesse juridicamente protegido.

Arelada à dificuldade de materialização do dano psicológico, não obstante a sua possibilidade, outra problemática que acarreta dificuldades na mensuração dos casos é a definição de violência psicológica, variável culturalmente entre mulheres e homens (SCHRAIBER et al., 2007), o que contribui sobremaneira para naturalização do fenômeno,

tendo em vista as violências sutis em estágio embrionário muitas vezes imperceptíveis às vítimas, configurando violências simbólicas.

Sob essa perspectiva, analisa-se os danos às vítimas exclusivamente sob o viés fisiológico ou somático, ignorando-se completamente os danos psicológicos que podem comprometer significativamente sua saúde psíquica, esquecendo-se os julgadores que: “falar em comprometimento à saúde de alguém não significa simplesmente comprometer as suas aptidões físicas, mas também, de alguma forma ou em algum grau, desestabilizar seu equilíbrio psíquico, entendendo-se aqui também o equilíbrio psicológico” (SILVA; ALVES, 2016, p. 85).

Para que haja a materialização da violência psicológica, não há necessidade de um comprometimento psicopatológico diagnosticável, mas sim da identificação de sintomas muito objetivos no que diz respeito ao comprometimento da saúde emocional da vítima, que podem ser perfeitamente diagnosticados por meio de perícias técnicas, buscando vislumbrar características gerais da violência psicológica conforme expressa a LMP, investigando-se: a diminuição da autoestima e segurança da vítima, além dos episódios de ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição frequente, insulto, chantagem, ridicularização, exploração, limitação do seu desejo de deslocar para onde queria (SILVA; ALVES, 2016).

No próximo subtópico discute-se acerca da violação dos princípios de direitos fundamentais e direitos humanos e princípios bioéticos vilipendiados nas práticas de violência obstétrica.

### **3.4 A parturiente como sujeito de direitos**

As violações comumente observadas nas práticas de violência obstétrica ferem direitos fundamentais e também direitos humanos, nesse sentido, faz-se necessário inicialmente, esclarecer ambos os termos. Conforme Carvalho (2002) muito embora ambos os direitos apresentem praticamente o mesmo conteúdo, os direitos humanos ou direitos do homem devem ser compreendidos como direitos válidos para todos os homens, independentemente do lugar aonde estejam, pelo simples fato de serem homens e por isso dotados de direitos, possuindo, portanto, caráter universal. Quanto aos direitos fundamentais, estes representam a esfera de direitos positivos vigentes conforme a determinação estabelecida por cada Estado, abrangendo, portanto, direitos individuais, políticos, sociais e econômicos protegidos pelas legislações em vigor nos mais diferentes países.

Entretanto, muito embora haja uma ampla gama de direitos estabelecidos em diferentes legislações pátrias, há muitas situações cotidianas levadas a juízo para as quais não existem soluções pré-prontas, devendo, portanto, o jurista construir argumentativamente, à luz dos elementos do caso concreto, dos parâmetros fixados na norma e dos elementos externos ao Direito, a melhor resposta para que os direitos e garantias do cidadão sejam assegurados (BARROSO, 2014).

Conforme Dworkin (2002), as leis e regras do direito costumeiro (*common law*) são quase sempre vagas e devem ser interpretadas antes da aplicação a novos casos. Tais situações são denominadas por Dworkin (2002) de casos difíceis, quando uma ação judicial específica não pode ser submetida a uma regra de direito clara, devendo o juiz legislar sobre novos direitos jurídicos (*new legal rights*).

No entanto, conforme já postulado anteriormente, o modelo dogmático/positivista que impera no Direito faz com que os operadores busquem respostas prontas tomando como pressuposto a letra da lei, esquecendo-se, portanto, que o direito é dinâmico, e portanto, deve ser interpretado e contextualizado para suprir novas demandas contemporâneas. O Direito não encontra-se necessariamente vinculado à existência de leis específicas, não obstante serem essas de grande relevância, os princípios podem suprir essas lacunas, uma vez que também são dotados de força normativa. Esse debate torna-se importante para discussão da violência obstétrica, uma vez que a ausência de leis faz com que os aplicadores do direito busquem soluções prontas e acabadas visando sanar o conflito, mas aplicando normas e sanções inadequadas, contribuindo para a consequente invisibilização do fenômeno, ao não observá-lo sob uma perspectiva de gênero com consequente violações de direitos fundamentais, direitos humanos e princípios bioéticos.

Considerando-se a abrangência do presente subtópico, ressalta-se que não se pretende esgotar toda gama de direitos violados nas práticas de violência obstétrica, mas apenas abordar, a título exemplificativo, os direitos básicos das mulheres gestantes que são cotidianamente negligenciados, antes, durante e após o parto, sendo os principais:

**Direito à vida:** considerado o mais primordial direito humano, inserido também na órbita dos direitos fundamentais no art. 5º<sup>79</sup> da CF/88, tal direito garante às parturientes proteção tanto individual, quanto para com o neonato, assegurando-lhes o direito de permanecerem vivos, e também, o direito a uma vida digna. Tal garantia está interligada ao

---

<sup>79</sup> Art. 5º: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País **a inviolabilidade do direito à vida**, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...] (grifo nosso).

direito à saúde, positivado nos artigos 196<sup>80</sup> ao 200, inserindo-se na órbita dos direitos sociais constitucionalmente garantidos, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo, portanto, elementos essenciais à dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, os atos perpetrados pelos agentes do sistema de saúde nas práticas de violência obstétrica ferem garantias primordiais asseguradas ao indivíduo: a vida e a saúde. Consoante Ordacgy:

A saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, sendo digna de receber a tutela protetiva estatal, porque se consubstancia em característica indissociável do direito à vida. Dessa forma, a atenção à saúde constitui um direito de todo cidadão e um dever do Estado, devendo estar plenamente integrada às políticas públicas governamentais. Em outras palavras, a saúde é direito social fundamental, a ser exercida pelo Estado, mediante a implementação de políticas públicas e sociais que propiciem à população o seu gozo efetivo. (2008, p. 1)

Ademais, o direito à saúde e o direito à vida encontram-se resguardados também pelo próprio direito à integridade pessoal, explicitado abaixo.

**Direito à integridade pessoal:** inserido na órbita dos direitos humanos, o direito à integridade pessoal é resguardado pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica – 1969) que estabelece no seu art. 5º, o direito que todas as pessoas possuem de ter sua integridade física, psíquica e moral respeitadas, não sendo submetidas a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos.

O respeito a tal direito implica que ninguém pode ter seus direitos violados quer seja fisicamente, por meio de uma conduta inapropriada de modo a compelir uma lesão física no outro, ou ainda ser vítima de danos morais e/ou psíquicos capazes de desestabilizar o indivíduo na esfera emocional e/ou psicológica. Com relação à integridade física assevera José Afonso da Silva que “agredir o corpo humano é um modo de agredir a vida, pois esta se realiza naquele. A integridade físico-corporal constitui, por isso, um bem vital e revela um direito fundamental do indivíduo (2012, p. 210). No que concerne a integridade moral Silva afirma que:

A vida humana não é apenas um conjunto de elementos materiais. Integram-na, outrossim, valores imateriais, como os morais. A Constituição empresta muita importância à moral como valor ético-social da pessoa e da família [...] Ela, mais que as outras, realçou o valor da moral individual, tornando-a mesmo um bem indenizável (art. 5º, V e X). A moral sintetiza a honra da pessoa, o bom nome, a boa fama, a reputação que integram a vida humana com dimensão imaterial. Ela e seus componentes são atributos sem os quais a pessoa fica reduzida a uma condição

<sup>80</sup> Preceitua o art. 196 que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

animal de pequena significação. Daí porque o respeito à integridade moral do indivíduo assume feição de direito fundamental (2012, p. 203).

Sob essa perspectiva, o respeito a integridade pessoal protege as vítimas de violência obstétrica de violações de cunho físico, verbal, sexual ou psicológico.

Interligado aos direitos à vida, à saúde, à integridade pessoal e a própria dignidade da pessoa humana, encontram-se os direitos sexuais e reprodutivos.

**Direitos sexuais e reprodutivos:** caracterizam-se como direitos humanos e fundamentais por estarem pautados no valor basilar da dignidade da pessoa humana e estão ligados ao livre exercício da sexualidade e reprodução, embasados em quatro bases éticas: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Conforme Mattar:

Os direitos reprodutivos referem-se, resumidamente, ao direito de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como o direito a ter acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão. Já os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência (2008, p. 61).

Os direitos sexuais e reprodutivos definem-se pelo poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual, envolvendo necessariamente noções de integridade corporal e controle sobre o próprio corpo. Conforme Brauner:

[...] envolvem essencialmente à noção de sexualidade. Entretanto, não se trata apenas das questões ligadas ao funcionamento do aparelho genital e do processo reprodutivo, mas abarca a ideia ligada à busca do prazer, reconhecendo a vida sexual gratificante como um direito de cada cidadão, homem e mulher, não mais concebendo a sexualidade como uma mera necessidade biológica (2003, p. 398).

Neste sentido, a interferência no corpo da parturiente sem o seu devido consentimento através de procedimentos invasivos e desnecessários fere a autonomia da mulher sobre sua reprodução e sexualidade, possuindo o condão de gerar dores físicas e psicológicas e podendo ainda comprometer sua saúde sexual e emocional.

**Direito à informação:** assentado no respeito à liberdade, à autonomia, à dignidade da pessoa humana, constitui-se como direito fundamental e humano, tendo em vista que é resguardado pelo art. 5º<sup>81</sup> da CF/88 e também na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH, 2005) no art. 6º<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> XIV: é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional; XXXIII: Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse

Conforme Pereira (2010) esse direito é fundamental para o paciente, uma vez que possui o condão de concretizar a autodeterminação pessoal, tendo em vista que a toda pessoa deve ser assegurado o poder de decidir, livremente, sobre o seu corpo.

Nesse sentido, o direito do paciente de ser informado sobre os procedimentos inerentes ao seu corpo constitui-se como uma consequência lógica da condição de pessoa do paciente, do respeito a sua dignidade e também a sua autonomia, direitos que só podem ser efetivados a partir de uma informação clara, precisa e respeitosa.

Portanto, Pereira (2010) enfatiza que há três tipos de deveres no que tange ao direito à informação: a. dever de conselho, devendo o profissional de saúde informar claramente acerca das possibilidades e opções disponíveis; b. dever de esclarecimento simples e claro acerca da utilização e qualidade dos serviços; e c. dever de advertência quanto aos possíveis riscos.

Para Ferraz (2009) o dever de informação resguarda três principais funções: a. a garantia de liberdade de escolha do paciente-consumidor; b. proteção dos interesses econômicos do paciente-consumidor; e c. segurança. No entanto, Pereira (2010) adverte que o perfil hipocrático da relação médico-paciente e a massificação da prestação do serviço médico afetam a maneira como os profissionais de saúde prestam as informações ao paciente.

Diante destas considerações, resta claro que todas as mulheres têm direito a receber informações sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos indicados, em linguagem clara, de modo respeitoso e compreensível. O profissional de saúde tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, assim como os riscos ou possíveis complicações e as alternativas disponíveis. Com base nas informações, a mulher tem o direito de recusar tratamentos ou procedimentos em seu corpo, o que se chama direito à recusa informada (CIELLO et al., 2012). Além disso, a fim de resguardar tal direito, a parturiente deve ter acesso às informações existentes no prontuário<sup>83</sup>, tendo assim assegurada a sua autonomia informativa.

---

particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

<sup>82</sup> Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.

<sup>83</sup> O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa instituição de assistência médica ou num consultório médico. É também o documento repositário do segredo médico do paciente. É constituído por: Ficha clínica com as seções: identificação, anamnese (queixas, antecedentes, história mórbida pregressa e história da doença atual), exame físico, hipótese(s) diagnóstica(s) e plano terapêutico; Exames complementares: laboratoriais, exames anatomopatológicos, exames radiológicos,

Posteriormente, reflete-se sobre tais direitos a partir dos princípios bioéticos, uma vez que, os estudos de Bioética são constantemente desafiados especialmente quando da consideração desse fenômeno, haja vista a necessidade de percepção das questões de gênero como forma de melhor observar as barreiras que obstam o pleno reconhecimento dos princípios de autonomia, beneficência e dignidade humana. Essa abordagem transdisciplinar das questões de gênero na Bioética tem o condão de descortinar as assimetrias relacionais presentes inclusive no discurso científico, subsidiando alternativas razoáveis ante a complexidade dos conflitos modernos.

#### 3.4.1 Violação dos princípios bioéticos nas práticas de violência obstétrica

A bioética pode ser compreendida como o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais a fim de se conseguir um atendimento eficaz com relação aos problemas da vida, saúde e morte do ser humano (LEPARGNEUR, 1996). Para Ferreira (1998), a bioética seria a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os princípios e valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos da vida, em suas várias formas, notadamente, a vida humana e a do planeta.

A teoria principialista ou principialismo configurou-se como instrumento norteador no que tange aos dilemas éticos advindos das pesquisas científicas e sua aplicabilidade, sendo embasado por quatro pilares ou princípios: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O princípio da autonomia estabelece que o indivíduo deve ter condições de exercer a sua liberdade de escolha sem qualquer forma de coerção. A beneficência destina-se à condição de agir em prol do benefício dos indivíduos, de modo a fazer-lhe o bem. O princípio da maleficência preconiza o dever de não causar dano a alguém. E a justiça baseia-se na noção de tratar cada pessoa de forma adequada (BEAUCHAMPS; CHILDRESS, 2002).

Além disso, a homologação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos<sup>84</sup> pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

---

ultra-sonográficos, etc.; Folha de evolução clínica; Folha de pedido de parecer (que também podem ser feitos na folha de prescrição e respondidos na de evolução clínica); Folha de prescrição médica, que no prontuário em uso está logo após o quadro TPR (temperatura, pulso, respiração), podendo conter relatório de enfermagem ou este ser feito em folha separada, Quadro TPR (temperatura - pulso - respiração) é a primeira folha do prontuário quando em uso, e Resumo de alta / óbito (CREMESC, 2000).

<sup>84</sup> A declaração é composta por 15 princípios complementares e inter-relacionados: dignidade humana e direitos humanos, efeitos benéficos e efeitos nocivos, autonomia e responsabilidade individual, consentimento, pessoas

(UNESCO) em 2005 representou o marco conceitual da Bioética, ao tratar das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias associadas na sua aplicação aos seres humanos.

A declaração incorporou os princípios que norteiam o respeito pela dignidade da pessoa humana, direitos humanos e liberdades fundamentais. Não obstante, serem de grande importância todos os princípios bioéticos apresentados, no presente trabalho enfoca-se os princípios da autonomia versus beneficência, tendo em vista a linha tênue entre eles nas práticas atreladas a violência obstétrica.

Conforme o art. 5º da DUBDH, a autonomia das pessoas na tomada de decisões de ser respeitada desde que estas assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros. Segundo tal princípio todas as pessoas<sup>85</sup> possuem capacidade para determinar o seu próprio destino, tendo, portanto, o direito de agir livremente conforme sua própria consciência e valores morais. No entanto, a autonomia individual está sujeita a várias regras éticas, morais, culturais e religiosas impostas pela sociedade, desde que estas sejam reconhecidas como legítimas pelo indivíduo (WANSSA, 2011).

Para Wanssa (2011), a limitação da decisão do paciente no que tange a decisão inteiramente autônoma pode provocar a privação da assistência à saúde e a vontade do paciente, consubstanciada na liberdade, deve ser embasada na informação e na verdade. Nesse sentido, muitos profissionais de saúde utilizam informações falaciosas ou coação no intuito de convencer as mulheres a realizar determinados procedimentos, tais como as cesáreas eletivas. Assim, o direito à informação liga-se ao princípio da autonomia, tendo em vista que somente com informações compreensíveis, pode o paciente ser capaz de tomar decisões concretas e autônomas.

Sob essa perspectiva, Beauchamp e Childress (2002, p. 138) ponderam que o respeito à autonomia requer “O governo pessoal do eu que é livre de inferências controladoras, por parte dos outros, como limitações pessoais que obstem a escolha expressiva da intenção, tais como a compreensão inadequada”. Nesse sentido, conforme observa Mattos, Ramos e Veloso (2015), a autonomia, nesse sentido, é observada em seu conceito mais puro, baseado na livre escolha do indivíduo, sem qualquer tipo de coerção ou influência externa.

---

incapazes de exprimir o seu consentimento, respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, vida privada e confidencialidade, igualdade, justiça e equidade, não discriminação e não estigmatização, respeito pela diversidade cultural e do pluralismo, solidariedade e cooperação, responsabilidade social e saúde, partilha dos benefícios, proteção das gerações futuras e proteção do meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

<sup>85</sup> Exceto aquelas incapazes que por alguma razão não podem exprimir a sua vontade, razão pela qual o art. 7º da DUBDH concede à estas proteção especial.

Diante das ponderações supracitadas, o princípio da beneficência limita-se ao princípio da autonomia em uma linha muito tênue, podendo inclusive ser utilizado como subterfúgio para utilização de procedimentos que segundo os profissionais se não realizados poderiam colocar em risco à vida dos agentes envolvidos. Sob essa perspectiva, Diniz e Guilhem (2012) enfatizam que há uma fronteira tênue entre a proteção e a autoridade, pois muitas vezes em nome da proteção de vulneráveis, pode-se justificar o silenciamento de certas opções discordantes.

O princípio da beneficência resume-se no dever ético de não fazer mal, maximizando os benefícios e minimizando danos e prejuízos, é fazer o que é melhor para o paciente do ponto de vista técnico-profissional e ético, utilizando conhecimentos e habilidades profissionais a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão, a minimização dos riscos e maximização dos benefícios do procedimento que se pretende realizar (LOCH, 2002).

A questão seria como então assegurar o direito à autonomia a fim de preservar o paciente? Até que ponto o paciente poderia exercer sua autonomia? Para Beauchamp e Childress (2002) o respeito à autonomia significa que a autodeterminação do agente moral só poderá ser considerada quando não produz danos ou sofrimentos a outras pessoas. Muito embora não haja uma hierarquização dos princípios bioéticos, o que se pode verificar nos vinte anos de hegemonia da teoria principialista é o predomínio do princípio da autonomia sobre os demais princípios (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Além disso, o apelo ao princípio da autonomia enquanto referência fundamental à mediação de conflitos morais, é fundamental para uma prática reflexiva, tendo em vista ser este um princípio ético do feminismo anterior à própria entrada na bioética. Importante ainda considerar que muitas vezes o princípio da autonomia pode vir mascarado pela coerção da vontade, a exemplo, o uso e acesso às novas tecnologias reprodutivas, tendo em vista que muitas mulheres se submetem a procedimentos invasivos em virtude dos papéis hegemônicos atribuídos em que a maternidade é quase um imperativo social, não exercendo livremente a sua autonomia reprodutiva (DINIZ; GUILHEM, 2012).

Compreendido desta forma, o conceito de autonomia transforma-se em um perigo, já que elimina a possibilidade de inclusão para as pessoas que não são consideradas plenamente racionais, como é o caso das crianças, mulheres e membros de outros grupos oprimidos. Consequentemente, em vez de contribuir para o efetivo “empoderamento” daqueles em situação de desigualdade, pode, na prática, transformar-se em instrumento de proteção para os privilegiados e tradicionalmente detentores do poder (DINIZ; GUILHEM, 2012, p. 109-110).

Sob esse enfoque, Wanssa (2011) afirma que a beneficência é limitada por obrigações morais, deste modo, os profissionais de saúde não podem exercer o princípio de modo absoluto, havendo uma fronteira deste com a dignidade individual intrínseca a todo ser humano. O problema em torno dessa discussão é o paternalismo médico, devendo, portanto, haver um equilíbrio entre a beneficência do médico e a autonomia do paciente no contexto das relações entre ambos.

Na prática, o respeito à autonomia encontra-se em oposição ao modelo paternalista onde todas as decisões são tomadas pelo médico isoladamente, o que impede a atuação do paciente como protagonista do seu próprio tratamento. Sob essa perspectiva, o modelo participativo é considerado ideal do ponto de vista ético, onde o médico utilizando justamente o direito de informação ao paciente, o informa, orienta e aconselha-o, no que tange a tomada de decisões livre e consciente (UGARTE; ACIOLY, 2014).

#### 3.4.2 Dignidade da pessoa humana como princípio comum ao Direito e à Bioética: possibilidade de utilização como parâmetro em questões conflituosas

De modo semelhante à Bioética, o Direito também se ocupa da vida, das suas relações com o nascer e o morrer, dos valores, direitos, deveres e responsabilidades que permeiam ambas as fases. Conforme Costa (2000), o Direito é responsável por construir princípios e regras que visam tutelar a dimensão existencial, não patrimonial, mas ligada fundamentalmente à proteção da pessoa, da personalidade humana e do seu atributo específico – a qualidade de "ser humano", isto é, a pessoa humana valorada por si só, pelo exclusivo fato de ser "humana", pessoa em sua irredutível subjetividade e dignidade, dotada de personalidade singular.

Conforme a DUBDH (2005), a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados, devendo os interesses e o bem-estar do indivíduo prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade (art. 3º). Nesse sentido, a autonomia como valor fundamental das sociedades democráticas representa um dos pilares das conquistas internacionais para a manutenção da dignidade humana (DINIZ; GUILHEM, 2012).

O princípio da dignidade da pessoa humana, resguardado no art. 1º, II, da Constituição Federal de 1988, é o fundamento basilar do Estado Democrático de Direito, visto ser um mandado de otimização dos direitos mínimos inerentes a qualquer ser humano, garantindo a efetividade das garantias fundamentais. Segundo Sarlet:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos. (2001, p. 60).

Entretanto, a dignidade da pessoa humana, como grande fundamento dos direitos humanos e o foco principal do nosso ordenamento jurídico em que a Carta Magna inspirou a criação de uma gama de direitos fundamentais que se configuram como obrigatórios para a garantia desse fundamento constitucional, no que tange à violência obstétrica, tem sido amplamente desconsiderada, uma vez que os elementos essenciais pertinentes a tal princípio têm sido ignorados.

Conforme Sarlet, Marinoni e Mitidiero (2012) o âmbito de proteção do direito a maternidade abarca um conjunto de outros direitos fundamentais, tais como, a saúde, integridade física e psíquica, o direito à vida, todos correlacionados com a dignidade da pessoa humana, formando assim um arcabouço constitucional de proteção a maternidade.

A dignidade é fundamento da autonomia existência da mulher, para além de um fundamento do estado democrático de direito a dignidade da pessoa humana é o princípio que legitima e confere unidade de sentido a toda ordem constitucional, ela significa proteção da pessoa, titular de direitos e deveres, nas relações em que participa, mesmo uma relação médico-paciente. A dizer é a dignidade da pessoa humana que serve de mandamento máximo dos outros princípios garantidores dos direitos fundamentais como os sociais (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 10)

Consoante Barroso (2010), a dignidade da pessoa humana abarca três conteúdos essenciais: valor intrínseco, autonomia e valor social da pessoa humana. O valor intrínseco é a posição especial no mundo que distingue o ser humano dos outros seres vivos e das coisas. No plano jurídico, o valor intrínseco da pessoa humana impõe a inviolabilidade da sua dignidade, sendo inerente a uma série de direitos fundamentais: o direito à vida, direito à igualdade, direito à integridade física, além da integridade moral ou psíquica – direitos que têm sido fortemente violados se observados sob a perspectiva da violência obstétrica.

Outro elemento inerente a tal princípio – a autonomia, é o componente ético da dignidade, envolvendo a capacidade de autodeterminação, tendo o indivíduo, o direito de decidir os rumos da própria vida e de desenvolver livremente sua personalidade. “Significa o poder de fazer valorações morais e escolhas existenciais sem imposições externas indevidas [...] Por trás da ideia de autonomia está a de pessoa, de um ser moral consciente, dotado de

vontade, livre e responsável” (BARROSO, 2010, p. 24). A autonomia é outro componente amplamente desrespeitado nas práticas de violência obstétrica, uma vez que a mulher perde a capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, como já ressaltado.

O terceiro e último conteúdo – a dignidade como valor comunitário, abarca o elemento social, ou seja, a relação do indivíduo com o grupo, traduzindo a ideia de valores compartilhados pela comunidade, segundo os padrões civilizatórios ou seus ideais de boa vida. Desta forma, o que está em questão não são as escolhas individuais, mas as responsabilidades e deveres a elas associados. Nesse sentido,

A dignidade como valor comunitário destina-se a promover objetivos diversos, dentre os quais se destacam: a) a proteção do próprio indivíduo contra atos autorreferentes; b) a proteção de direitos de terceiros; e c) a proteção de valores sociais, inclusive a solidariedade (BARROSO, 2010, p. 28)

A questão preocupante é quando padrões introjetados a uma consciência comunitária, construídos culturalmente, passam a ser utilizados como justificativa para proteção do indivíduo em face de si mesmo, bem como de suas próprias decisões, maquiando, muitas vezes, uma prática injustificável, a exemplo do caso emblemático de violência obstétrica praticado contra Adelir Góes<sup>86</sup>.

Para Sarlet (2001), a dignidade da pessoa humana é atingida no momento em que determinada pessoa for descaracterizada ou desconsiderada enquanto sujeito de direitos. Nesse sentido, Beck (*apud* MATTOS; RAMOS; VELOSO, 2015) enfatiza que a consideração do ser humano como um fim em si mesmo, dotado de dignidade, só tem sentido se este for concedido como capaz de autêntica moralidade, e então livre na sua vontade, como pessoa autônoma. Sob essa perspectiva, a dignidade da pessoa humana como princípio jurídico “vai designar não apenas o “ser da pessoa”, mas a “humanidade da pessoa”” (COSTA, 2000, p. 161), a compreensão da dimensão e operatividade deste princípio permite o enfretamento jurídico de importantes questões na Bioética, destacando-se nessa perspectiva as conflituosas questões que envolvem a relação entre médico e paciente atreladas à linha tênue que envolve os princípios da autonomia e da beneficência, que podem ser melhor equacionados pela concreção do princípio da dignidade da pessoa humana, desdobrando-se a partir disso, outros

---

<sup>86</sup> Enquanto estava em trabalho de parto, Adelir foi levada de casa por policiais com um mandato judicial para o hospital e obrigada a fazer uma cesárea. Adelir estava em sua terceira gravidez e já havia passado por duas cesáreas, queria escolher como ter seu bebê, queria ter autonomia sobre seu corpo, queria decidir o que é melhor para si. Seu marido apoiava sua decisão. Foi impedida. Os médicos e o Estado agiram como se ela fosse incapaz de tomar suas próprias decisões e de arcar com as consequências.

princípios constitucionais igualmente importantes, a exemplo do direito à informação, direito à vida, direito à saúde, dentre outros.

Na obra “Teoria dos direitos fundamentais” (2017), Alexy postula a existência de duas normas da dignidade humana: uma regra da dignidade humana e um princípio da dignidade humana, ou seja, a norma da dignidade humana é em parte regra e em outra parte princípio. Além disso, algumas condições de precedência conferem um altíssimo grau de certeza de que tal princípio prevalecerá contra princípios colidentes, e isso confere a impressão de um caráter absoluto para o princípio da dignidade humana<sup>87</sup>, uma vez que há uma série de condições sob as quais o princípio prevalecerá em face de outros princípios.

O fato de que, dadas certas condições, ele prevalecerá com maior grau de certeza sobre outros princípios não fundamenta uma natureza absoluta [...] significando apenas que, sob determinadas condições, há razões jurídico-constitucionais praticamente inafastáveis para uma relação de precedência em favor da dignidade humana (ALEXY, 2017, p. 114).

A garantia aos direitos das parturientes reflete a tese de Dworkin (2002) no sentido de que o direito deve ser interpretado como um fenômeno político de promoção da justiça nas ações individuais e sociais. Ainda que haja ausência de lei específica como importante instrumento de segurança jurídica, o ilícito da demanda pode ser sanado tomando por base os direitos e princípios expostos que encontram guarida em nosso ordenamento jurídico, dentre eles o fundamento do ordenamento jurídico pátrio, a dignidade da pessoa humana.

### **3.5 Violência obstétrica e legislação: abordagem comparativa no direito latino-americano**

Conforme explicitado em capítulos anteriores, a primeira legislação latino-americana tipificando a violência obstétrica foi estabelecida através da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência em 2007 pela Venezuela que na sua introdução expõe os motivos para elaboração da lei, expressando que pretende dar cumprimento ao mandado constitucional de garantir, por parte do Estado, o gozo e o exercício inalienável e interdependente dos direitos humanos das mulheres, assim como o seu direito ao livre desenvolvimento da personalidade, sem qualquer limitação.

---

<sup>87</sup> No entanto, Alexy pondera que “a relação de preferência do princípio da dignidade humana em face de outros princípios determina o conteúdo da regra da dignidade humana. Não é o princípio que é absoluto, mas a regra, a qual, em razão de sua abertura semântica, não necessita de limitação em face de alguma possível relação de preferência” (2017, p. 113).

Conforme a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência vigente na Venezuela desde 2007, a violência obstétrica ou violência na atenção obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres<sup>88</sup> (VENEZUELA, 2007, tradução livre). Por conseguinte, no seu art. 51 expressa alguns atos constitutivos da violência obstétrica, mas não elenca a maioria destes.

Entretanto, a Lei Nacional 25.929 da Argentina, já contemplava em 2004 medidas relacionadas à humanização do parto, definindo os direitos das mulheres, no momento de sua gestação, no parto e puerpério, estabelecendo: informações sobre as distintas intervenções médicas; tratamento com respeito de modo individual e personalizado respeitando as orientações culturais; respeito ao tempo biológico e psicológico quando tratar-se de parto natural; prestar informações à parturiente sobre a evolução do parto, bem como o status do filho (a); não sujeitar à parturiente a qualquer intervenção cuja finalidade é pesquisa, salvo consentimento manifestamente aprovado por Comitê de Ética; direito a acompanhante conforme sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; ter o nascituro ao seu lado durante a estadia no estabelecimento hospitalar, desde que este não necessite de cuidados especiais; ser informada, desde a gravidez, acerca dos benefícios da amamentação e receber apoio para amamentar; receber conselhos sobre o cuidado consigo e com o nascituro; ser informada sobre os efeitos adversos do álcool, cigarro e drogas para si e para seu filho (a); ser tratada de forma respeitosa e digna (ARGENTINA, 2004, tradução livre).

Muitas informações contidas na lei argentina expressam práticas que coíbem a violência obstétrica. Entretanto, somente com a Lei 26.485<sup>89</sup>, promulgada em abril de 2009, seguindo o conceito venezuelano, a Argentina definiu em sua lei integral de violência, a violência obstétrica, em conformidade com a Lei 25.929<sup>90</sup>. Tal lei serve de complemento para

---

<sup>88</sup> Art. 15. 13. - Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (VENEZUELA, 2007, p. 30).

<sup>89</sup> Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

<sup>90</sup> Art. 6º. e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

a que fora anteriormente promulgada, entretanto, nenhuma das duas abarca a maioria das condutas caracterizadoras da violência obstétrica e não indicam as medidas tomadas para implementar a legislação nacional, seja com sanções no Código Penal ou orientações na Lei Geral de Saúde.

Destaca-se no Uruguai, a Lei 18.426 de 1 de dezembro 2008 que versa sobre a Proteção do Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, através da qual o parto humanizado é promovido garantindo-se a intimidade e a privacidade da paruriente; respeitando o tempo biológico e psicológico e padrões culturais da protagonista, evitando práticas invasivas ou a administração de medicamentos que não são justificados. Muito embora a lei não mencione a nomenclatura violência obstétrica, visa proteger e garantir alguns direitos da parturiente que são negligenciados com a prática, entretanto, não menciona a maioria destes, nem tampouco, as sanções frente aos mesmos.

No Panamá, a Lei 82 de 24 de outubro de 2013 tipifica o feminicídio e a violência contra a mulher, adotando algumas medidas de prevenção, e estabelece conceito semelhante ao da lei argentina (2009), acrescentando à modalidade, o tratamento humilhante ou grosseiro<sup>91</sup>. No entanto, apesar da descrição do fenômeno, não há nenhuma definição pormenorizada, acerca das condutas e práticas caracterizadoras, nem a determinação de sanções frente a elas.

No México, em 30 de Abril de 2014, o Senado aprovou pareceres que modificam (alterações e aditamentos), a Lei Geral de Acesso a uma Vida Livre de Violência, acrescentando no seu art. 6<sup>92</sup>, a violência obstétrica, com conceito semelhante aos apresentados pelas leis anteriores, mas que ainda não foram promulgados. Entretanto, Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz possuem leis específicas para o enfrentamento deste tipo de violência.

Em que pese o Brasil ser signatário de muitos instrumentos internacionais, o sistema jurídico brasileiro não possui legislação específica sobre a temática “violência obstétrica”, apenas abordagem genérica. A lei brasileira 11.340/06 de combate a violência contra a mulher (Lei Maria da Penha) limita-se ao âmbito doméstico e familiar, de modo distinto dos outros países da América Latina cujas legislações específicas versam sobre diversas modalidades de violência cometidas contra as mulheres por sua condição de gênero.

---

<sup>91</sup> Art. 4. 22. Violencia obstétrica. Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero.

<sup>92</sup> Artículo 6: Violencia obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Desde 2014, tramita no Brasil, o Projeto de Lei 7.633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências, entre elas a condenação das práticas atreladas à violência obstétrica. Elaborado pela Artemis<sup>93</sup> que atua na defesa e promoção dos direitos das mulheres e assinado pelo deputado Jean Wyllys – PSOL/RJ, o projeto é dos instrumentos normativos analisados, o mais completo, visto que não se limita ao parto humanizado, mas expressa, de modo claro, as condutas mais comuns que podem configurar a violência obstétrica (art. 14), propondo ainda medidas que visam a erradicação do problema e outras no que tange ao controle dos índices de cirurgias cesarianas, recomendando ainda boas práticas obstétricas.

Entretanto, o projeto aborda o conceito de violência obstétrica de modo idêntico à lei venezuelana, não ampliando o panorama para violações que podem também advir de familiares e acompanhantes ao não respeitarem os direitos sexuais e reprodutivos da parturiente, e além disso, limita-se às violações na forma verbal e física, malgrado as violações de cunho sexual e psicológico sejam também recorrentes. Como uma das formas de erradicação da violência obstétrica, o projeto estipula a responsabilização civil e criminal para os profissionais que praticarem atos de violência obstétrica (art. 17, §1º), além da responsabilização administrativa perante os Conselhos de Medicina e Enfermagem (art. 17, §2º).

De modo diverso, o Projeto de Lei nº 2589/15 de autoria do Deputado Federal Marco Feliciano, dispõe somente a criminalização da violência obstétrica, mas não aborda a maior parte das condutas caracterizadoras, apresentando-as de modo generalizado e criminalizando a prática tomando por base somente o art. 146 do Código Penal<sup>94</sup>, estabelecendo a punição apenas aos profissionais de saúde. Além disso, o projeto não apresenta propostas de humanização, não reconhece a violência obstétrica como uma violência de gênero e mesmo que fosse aprovado, dada a quantidade de falhas técnicas, não teria efetividade.

<sup>93</sup> Entidade de referência na implantação de políticas e serviços voltados para a melhoria da vida das mulheres, dando suporte ao setor público e privado na execução das mesmas.

<sup>94</sup> Art. 146 - Constrangimento ilegal – Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que não manda: Pena – detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Aumento da Pena

§ 1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§ 2º - Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência. (Concurso Material)

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo: (Excludente da Tipicidade)

I – a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II – a coação exercida para impedir suicídio.

Diante da realidade brasileira de alta incidência de violência obstétrica, alguns municípios e estados instituíram leis que tipificam a violência obstétrica. Através de um levantamento, constatou-se as seguintes legislações: legislações municipais de Diadema (SP) – Lei nº 3.363/13<sup>95</sup> e Curitiba (PR) – Lei nº 14.598/15<sup>96</sup> e lei estadual de Santa Catarina – Lei nº 17.097/2017<sup>97</sup>.

A lei municipal de Diadema aborda um conceito limitado<sup>98</sup> ao não considerar nas categorias de violência obstétrica o abuso sexual e o recorrente abuso psicológico, reconhecendo somente a forma verbal e física, entretanto estende os atos violadores também aos familiares e acompanhantes. No art. 3º ao caracterizar as condutas, deixa de abordar algumas práticas recorrentes, além disso, não estabelece propostas de humanização, prevendo apenas a elaboração de uma Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente por meio da Secretaria de Saúde e cartazes informativos a serem disponibilizados nos estabelecimentos hospitalares.

A lei municipal de Curitiba também mostra-se defectiva ao conceituar a violência obstétrica de modo semelhante à lei de Diadema, abarcando apenas as violações verbais e físicas<sup>99</sup>, mas não amplia o conceito para os acompanhantes e familiares. O projeto apresentou as condutas consideradas ofensivas (art. 2º), mas que foram vetadas ao declarar-se a inconstitucionalidade do artigo por ultrapassar a seara de competência do município ao tratar sobre a defesa e proteção da saúde e da relação profissional médico-paciente, cuja competência seria da União e dos Estados, tomando por base os arts. 13, XII e 24, XII, da CF/88. Por semelhante modo à lei de Diadema, também propõe a elaboração da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente e exposição de cartazes informativos nas unidades hospitalares, bem como disponibilização da cartilha.

Em janeiro de 2017, foi aprovada a Lei nº 17.097 do estado de Santa Catarina que de modo semelhante às legislações municipais, não inclui no conceito de violência obstétrica

---

<sup>95</sup> Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema.

<sup>96</sup> Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra violência obstétrica no Município de Curitiba.

<sup>97</sup> Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

<sup>98</sup> Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

<sup>99</sup> Art 1º, Parágrafo único. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital público ou privado, Unidades de Saúde e consultórios médicos especializados em obstetrícia, que ofenda, de forma verbal ou física, mulher gestante, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

os abusos sexuais e psicológicos, limitando-se apenas às condutas verbais e físicas. No entanto amplia o enfoque para os familiares e acompanhantes<sup>100</sup>. As condutas tipificadas são expressas de modo idêntico à lei municipal de Diadema, e da mesma forma deixa de abordar algumas práticas recorrentes como a manobra de Kristeller, por exemplo. Ainda de modo semelhante às leis municipais supracitadas, expressa a elaboração da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, mas não expõe a obrigatoriedade de disponibilização do exemplar nos estabelecimentos de saúde, estabelece ainda a exposição de cartazes nos hospitais contendo as condutas elencadas na lei, os órgãos e trâmites para a denúncia e a fiscalização pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de suas atribuições que também serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas, mediante procedimento administrativo.

Conforme já exposto, o Brasil possui ainda a Lei 11.108/2005 que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, direito que se negado, configura-se como uma das práticas de violência obstétrica.

Entretanto, a maioria das mulheres não são acompanhadas durante toda a internação. A maioria dos estabelecimentos não permite a presença do acompanhante nos momentos de pré-parto, por exemplo, e nem tampouco no momento de recuperação da mulher, autorizando a presença do acompanhante por poucos minutos no momento do parto. Algumas maternidades também impedem a presença de acompanhante do sexo masculino no período noturno, obstando a mulher de escolher a companhia conforme especificado na lei que apesar de estabelecer essa garantia, não traz uma solução para estes casos, recorrentes em maternidades públicas com leitos coletivos.

Por semelhante modo, Porto Rico promulgou em 2006 a Lei 156 que versa sobre o direito de acompanhante durante o trabalho de parto, nascimento e pós-parto, sendo mais completa do que a lei brasileira, uma vez que versa sobre os direitos da parturiente, expondo alguns direitos desrespeitados nas práticas de violência obstétrica, sem no entanto, mencionar o fenômeno. Os demais países da América Latina não possuem nenhuma legislação específica formalizada de modo a prevenir e punir os maus-tratos às mulheres no processo de parto pelos agentes do sistema de saúde.

---

<sup>100</sup> Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

O Mecanismo de Seguimento da Convenção de Belém do Pará (MESECVI), coordenado pela Comissão Interamericana de Mulheres (CIM), e formado por dois órgãos: a Conferência dos Estados Partes, que é o órgão político, e a Comissão de Peritas(os) (CEVI), que é o órgão técnico integrado por especialistas na esfera abrangida pela Convenção, funciona como um sistema de avaliação e monitoramento para julgar os progressos realizados pelos Estados Partes no cumprimento dos objetivos da Convenção e estabeleceu desde abril de 2012, o Segundo Relatório Hemisférico de Implementação da Convenção de Belém do Pará. O relatório analisa o cumprimento das obrigações assumidas pelos Estados Partes ao ratificar a Convenção e propôs recomendações quando à violência obstétrica, determinando que os estados possam:

Adotar disposições que penalizem a violência obstétrica. Estabelecer pelos meios apropriados os elementos do que constitui um processo natural antes, durante e depois do parto, sem excessos nem arbitrariedade na medicação, que garanta a manifestação do consentimento livre e voluntário das mulheres nos procedimentos vinculados à sua saúde sexual e reprodutiva. Adotar uma perspectiva intercultural que respeite os costumes e normas culturais das mulheres indígenas e afrodescendentes nos centros de saúde. (CIM, 2012, p. 98).

Como observado, poucos países da América Latina possuem legislação específica no que tange à violência obstétrica. Em sua grande maioria, essa modalidade de violência encontra-se em uma legislação única que caracteriza outras formas de violência, limitando-se, na maioria dos casos, a apenas conceituar o fenômeno, sem, no entanto, descrever de modo pormenorizado as características, modalidades e sanções da prática impetrada contra as parturientes. O Brasil ainda permanece em um panorama aquém dos seus vizinhos latino-americanos quanto ao enfrentamento do problema em tela, carecendo de uma legislação federal que possa sancionar a celeuma, devendo, portanto, fazer uso dos direitos fundamentais trazidos pela CF/88 e dos instrumentos internacionais<sup>101</sup>. No próximo capítulo reflete-se sobre

<sup>101</sup> No que tange ao plano internacional, tem-se uma série de importantes instrumentos de proteção dos direitos humanos dos quais o Brasil é signatário que coíbem a violência obstétrica, uma vez que abarcam uma gama de direitos, tais como, a proteção à vida, saúde, integridade pessoal, proteção à honra e dignidade, igualdade e não discriminação, direito à informação, sendo os principais: Declaração Universal dos Direitos Humanos – 1948; Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – 1966; Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – 1966; Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San Jose da Costa Rica) – 1969; Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) – 1979; Protocolo adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador) – 1988; Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) – 1994. Os direitos enunciados nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário são constitucionalmente protegidos pela Constituição de 1988. Ao efetuar tal incorporação, a CF atribui aos direitos internacionais uma natureza especial e diferenciada, qual seja, a natureza de norma constitucional, incluindo-os no elenco dos direitos constitucionalmente garantidos, que apresentam aplicabilidade imediata, conforme o art. 5º, §§ 1º, 2º e 3º da CF/88.

a responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica, expondo-se a caracterização do fenômeno, as possibilidades de aplicação e as dificuldades.

#### **4 RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL NOS CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: caracterização, possibilidades e desafios**

Segundo Cavalieri Filho “o Direito se destina aos atos lícitos; cuida dos ilícitos pela necessidade de reprimí-los e corrigir os seus efeitos nocivos” (2012, p. 1). Nesse sentido, a ordem jurídica estabelece deveres, e a violação destes configura o ilícito, que, quase sempre, acarreta dano a outrem, gerando um novo dever jurídico: o de reparar o dano. É nessa ideia que repousa a noção de responsabilidade exprimindo obrigação, encargo, contraprestação, designando o dever de alguém de reparar o prejuízo decorrente de uma violação. A obrigação, surge, portanto, como forma de responsabilizar os indivíduos pelas atividades danosas provocadas (CAVALIERI FILHO, 2012).

Nesse sentido, a responsabilidade tendo como elemento nuclear uma conduta voluntária violadora de um dever jurídico abarca diferentes espécies, dentre elas, a responsabilidade penal e a responsabilidade civil.

A responsabilidade penal decorre de um ato criminoso, seja de forma comissiva ou omissiva, na qual aplica-se uma pena pessoal e intransferível à figura do transgressor, tendo em vista a gravidade do ilícito, uma vez que essa modalidade de responsabilidade visa a ordem social e também a punição. A responsabilidade civil, por sua vez, é marcada por um dano ocasionado pela lesão de um bem juridicamente tutelado, sem, contudo, haver uma prática criminal. Neste caso, haverá reparação do dano (patrimonial ou moral) por meio de uma indenização ou compensação (CAVALIERI FILHO, 2012).

Diante destas considerações, a conduta do médico que pode ser ativa ou passiva (por ação ou omissão) quando danosa, pode gerar responsabilidade na esfera civil, penal e/ou administrativa. Entretanto, importante considerar que o ilícito civil se distingue do penal em outros pontos. Enquanto o ilícito civil é cometido pelo agente que, por ação ou omissão age de maneira voluntária com negligência, imprudência ou imperícia<sup>102</sup>; o ilícito penal é cometido pelo agente que por uma conduta (ação ou omissão) viola uma conduta tipificada pelo Direito Penal, contrariando um tipo penal específico (*numerus clausus*). Ambas as responsabilidades possuem como fundamento a restauração da ordem social. Certo é,

---

<sup>102</sup> Nesse sentido, “a imprudência é falta de cautela ou cuidado por conduta comissiva, positiva, por ação. Age com imprudência o motorista que dirige em excesso de velocidade, ou que avança o sinal. Negligência é a mesma falta de cuidado por conduta omissiva. Haverá negligência se o veículo não estiver em condições de trafegar, por deficiência de freios, pneus etc. O médico que não toma os cuidados devidos ao fazer uma cirurgia, ensejando a infecção do paciente, ou que lhe esquece uma pinça no abdômen, é negligente. A imperícia, por sua vez, decorre de falta de habilidade no exercício de atividade técnica, caso em que se exige, de regra, maior cuidado ou cautela do agente. Haverá imperícia do motorista que provoca acidente por falta de habilitação. O erro médico grosseiro também exemplifica a imperícia” (CAVALIERI FILHO, 2012, p. 38).

conforme bem assevera Cavalieri Filho que:

Nenhum médico, por mais competente que seja, pode assumir a obrigação de curar o doente ou de salvá-lo, mormente quando em estado grave ou terminal. A ciência médica, apesar de todo o seu desenvolvimento, tem inúmeras limitações, que só os poderes divinos poderão suprir. A obrigação que o médico assume, a toda evidência, é a de proporcionar ao paciente todos os cuidados conscienciosos e atentos [...] Não se compromete a curar, mas a prestar os seus serviços de acordo com as regras e métodos da profissão, incluindo aí cuidados e conselhos (2012, p. 403).

Disso resulta que a conduta médica é sempre subjetiva e com culpa provada, conforme se verá adiante. Diante dessas ponderações, haveria possibilidade de imputação da responsabilidade civil e/ou penal nos casos de violência obstétrica? Seriam estas as soluções mais viáveis para os casos de judicialização? É o que pretende-se ponderar neste capítulo.

#### 4.1 Caracterização da responsabilidade

Além da responsabilidade civil e penal expostas brevemente de modo preliminar, constituem-se também como espécies da responsabilidade civil: a responsabilidade civil objetiva e responsabilidade civil subjetiva. Venosa (2003) enumera quatro pressupostos para configuração da responsabilidade civil subjetiva: ação ou omissão voluntária, nexo causal, dano e culpa.

Nesse sentido, para apuração da responsabilidade civil um dos primeiros requisitos é a conduta humana (por ação ou omissão) ocasionando dano ou prejuízo a outrem, gerando a obrigação de reparar. O nexo de causalidade<sup>103</sup> compreende o liame entre a conduta lesiva e o dano gerado que seria o prejuízo suportado em virtude da lesão, podendo resultar em uma perda material ou moral<sup>104</sup> (VENOSA, 2003).

Não basta, portanto, que o agente tenha praticado uma conduta ilícita; tampouco que a vítima tenha sofrido um dano. É preciso que esse dano tenha sido causado pela conduta ilícita do agente, que exista entre ambos uma necessária relação de causa e efeito. Em síntese, é necessário que o ato ilícito seja a causa do dano, que o prejuízo sofrido pela vítima seja um resultado desse ato, sem o que a responsabilidade não correrá a cargo do autor material do fato (CAVALIERI FILHO, 2012, p. 49).

<sup>103</sup> O nexo de causalidade é elemento indispensável em qualquer espécie de responsabilidade civil. Pode haver responsabilidade sem culpa, conforme pondera-se a seguir, mas não poderá haver responsabilidade sem nexo causal.

<sup>104</sup> A jurisprudência é pacífica no sentido de afirmar que a “a imputação de responsabilidade civil, objetiva ou subjetiva, supõe a presença de dois elementos de fato (a conduta do agente e o resultado danoso) e um elemento lógico-normativo, o nexo causal (que é lógico, porque consiste num elo referencial, numa relação de pertencibilidade entre os elementos de fato; e é normativo, porque tem contornos e limites impostos pelo sistema de direito” (STJ, REsp 719.738/RS, Primeira Turma).

Tem-se ainda para apuração da responsabilidade, o dano. Nesse sentido, a obrigação de indenizar só ocorre quando alguém pratica um ato ilícito e causa dano a outrem, portanto, o dano encontra-se no centro da responsabilidade, uma vez que o dever de reparar pressupõe o dano e sem ele não há indenização devida. Desta forma, sem uma consequência que seja concreta, lesiva ao patrimônio econômico ou moral, não pode se impor o dever de reparar (CAVALIERI FILHO, 2012).

Assim, o dano pode ser chamado de patrimonial ou material quando atinge os bens integrantes do patrimônio da vítima, atingindo não somente o patrimônio presente como, também, o futuro, subdividindo-se, portanto, em dano emergente e lucro cessante<sup>105</sup>. De outro modo, o dano também pode ser moral que seria aquele que não possui caráter patrimonial, mas abala a vítima em virtude da dor, vexame, sofrimento, desconforto, humilhação – é a chamada dor na alma<sup>106</sup>.

A CF/88, no seu art. 1º, III, conforme exposto alhures, estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito pátrio. Nesse sentido, a Constituição deu ao dano uma nova feição e maior dimensão, uma vez que a dignidade humana é a base de todos os valores morais, a essência de todos os direitos personalíssimos e sendo também o fundamento central dos direitos humanos, deve ser protegida e quando violada, sujeita à devida reparação (CAVALIERI FILHO, 2012).

Nessa linha de princípio, só deve ser reputado como dano moral a dor, vexame, sofrimento ou humilhação que, fugindo à normalidade, interfira intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar. Mero dissabor, aborrecimento, mágoa, irritação ou sensibilidade exacerbada estão fora de órbita do dano moral, porquanto, além de fazerem parte da normalidade do nosso dia a dia, no trabalho, no trânsito, entre os amigos e até no ambiente familiar, tais situações não são intensas e duradouras, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo (CAVALIERI FILHO, 2012, p. 93).

Ainda como pressuposto da responsabilidade civil subjetiva, tem-se a culpa no sentido *lato sensu* (amplo) compreendida como o principal pressuposto nessa modalidade de responsabilidade, engloba o dolo (quando o agente tem a intenção de praticar o dano) e a

<sup>105</sup> O dano emergente importa na efetiva e imediata diminuição do patrimônio da vítima em razão do ato ilícito. Conforme Cavalieri Filho “importará no desfalque sofrido pelo patrimônio da vítima; será a diferença do valor do bem jurídico entre aquele que ele tinha antes e depois do ato ilícito [...] dano emergente é tudo aquilo que se perdeu” (2012, p. 78). Por outro lado, os lucros cessantes referem-se a consequência futura da perda do lucro esperado em virtude do ato ilícito, diminuindo potencialmente o patrimônio da vítima.

<sup>106</sup> Conforme a súmula 37 do STJ: “São cumuláveis as indenizações por dano material e dano moral, oriundos do mesmo fato”.

culpa *stricto sensu* (quando o agente age com imprudência, negligência, imperícia)<sup>107</sup> causando o dano e devendo, portanto repará-lo, conforme se pode extrair do art. 186 do Código Civil de 2002, doravante CC/2002<sup>108</sup>. Desta forma, só haverá reparação do dano se for comprovada a culpa do agente.

Entretanto, há hipóteses em que não há necessidade de comprovação de culpa, o que caracteriza-se como responsabilidade civil objetiva ou responsabilidade pelo risco<sup>109</sup>. Nessa espécie de responsabilidade, o dolo ou culpa na conduta do agente causador do dano é irrelevante juridicamente, haja vista que faz-se necessário somente a existência do nexo de causalidade entre o dano e a conduta do agente causador do ato ilícito, para que assim surja o dever de indenizar.

Para obter a reparação do dano, a vítima geralmente tem de provar dolo ou culpa *strictu sensu* do agente, segundo a teoria subjetiva adotada em nosso diploma civil. Entretanto, com essa prova muitas vezes torna difícil de ser conseguida, o nosso direito positivo admite, em hipóteses específicas, alguns casos de responsabilidade sem culpa: a responsabilidade objetiva, com base especialmente na teoria do risco (GONÇALVES, 2015, p. 66-67).

A teoria da responsabilidade civil objetiva é fundada diretamente no risco da atividade exercida pelo agente. A teoria do risco busca justificar a responsabilidade objetiva, desta forma, aquele que exerce uma atividade perigosa deve assumir os riscos e reparar o dano dela decorrente, ainda que haja isenção de culpa. Assim, o dever de reparação surge independentemente da comprovação de dolo ou culpa. Nesse sentido, a ideia de responsabilidade civil transmuda-se da noção de culpa para a ideia de risco. Tal risco chamado de risco-proveito se configura na responsabilidade daquele que tira alguma espécie de proveito ou vantagem do fato causador do dano, tendo, portanto, obrigação de repará-lo, respondendo assim, de forma objetiva, conforme o parágrafo único do art. 927 do CC/2002<sup>110</sup>

<sup>107</sup> Segundo Cavalieri Filho, “tanto no dolo quanto na culpa há conduta voluntária do agente, só que no primeiro caso a conduta já nasce ilícita, porquanto a vontade se dirige à concretização de um resultado antijurídico – o dolo abrange a conduta e o efeito lesivo dele resultante –, enquanto que no segundo a conduta nasce lícita, tornando-se ilícita na medida em que se desvia dos padrões socialmente adequados. O juízo de desvalor no dolo incide sobre a conduta, ilícita desde a sua origem; na culpa, incide apenas sobre o resultado. Em suma, no dolo o agente quer a ação e o resultado, ao passo que na culpa ele só quer a ação, vindo a atingir o resultado por desvio accidental de conduta decorrente da falta de cuidado” (2012, p. 32).

<sup>108</sup> Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito ou causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

<sup>109</sup> Importante considerar que os pressupostos da conduta humana (por ação ou omissão), nexo causal e dano são indispensáveis para configuração da responsabilidade civil objetiva, só não será necessário o elemento culpa, razão pela qual fala-se em responsabilidade independentemente de culpa.

<sup>110</sup> Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

(CAVALIERI FILHO, 2012).

Passadas estas considerações preliminares de extrema relevância, reflete-se a seguir acerca da possibilidade ou não da aplicação da responsabilidade civil e penal nos casos de violência obstétrica.

#### **4.2 Da possibilidade de imputação da responsabilidade civil nos casos de violência obstétrica**

A violência obstétrica pode ser perpetrada tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde. Conforme exposto alhures, a responsabilidade pode ser civil e penal e ainda objetiva e subjetiva.

Nesse sentido, para apuração da responsabilidade civil dos médicos e enfermeiros deve haver verificação da culpa, assim só haverá responsabilização se comprovado que estes tenham agido com negligência, imprudência e imperícia, conforme o art. 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Desta forma, a responsabilidade civil do médico envolve erro culposo e pressupõe: “uma conduta profissional inadequada, associada à inobservância de regra técnica, potencialmente capaz de produzir dano à vida ou agravamento do estado de saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência” (CASTRO, 2005, p. 4). O Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina define o erro médico como sendo “o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais”, excluindo-se as “limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior” (CREMESC, 2000).

Para Gomes e França, “o erro médico é o dano provocado no paciente pela ação ou inação do médico, no exercício da profissão e **sem a intenção de cometê-lo**” (1998, p. 244, grifo nosso). Nesse sentido, o erro médico está, íntima e indissociavelmente ligado à culpa no seu sentido mais restrito, podendo ser identificado por meio de três vias: negligência, imprudência ou imperícia. Tais possibilidades não são autônomas e independentes, podendo se fazerem presentes simultaneamente na ocorrência de um único erro.

A negligência, forma mais frequente de erro médico no serviço público, decorre do tratamento com descaso, do pouco interesse para com os deveres e compromissos éticos para com o paciente e a instituição. É a ausência de precaução ou a

indiferença em relação ao ato realizado. O abandono ao doente, o abandono de plantão, o diagnóstico sem o exame cuidadoso do paciente, esquecimento de corpos estranhos no corpo do paciente são exemplos relacionados com esta falha. A imprudência aparece quando o médico, por ação ou omissão, assume procedimento de risco para o paciente, sem respaldo científico ou esclarecimento à parte interessada. Anestesiá-lo sem cânula para intubação e/ou máscara [...] aguardar parto normal com feto em sofrimento são exemplos de atitudes imprudentes. [...] A imperícia decorre da falta de observação das normas técnicas, despreparo prático ou insuficiência de conhecimentos. Portanto, será imperito o médico que utilizar meio de tratamento já abandonado por inócuo; o obstetra que, na cesariana, lesa a bexiga da paciente; ou aquele que, utilizando o fórceps, provoca traumatismo cranioencefálico, provocando a morte do concepto (CORREIA-LIMA, 2012, p. 28-29).

A concepção da responsabilidade civil subjetiva pelos danos causados na atividade médica *lato sensu* encontra guarida também no art. 951 do CC/2002<sup>111</sup>. Sob essa perspectiva, a atividade profissional médica, em regra geral<sup>112</sup>, constitui-se como obrigação de meio, ou seja, o agente se obriga a empreender a atividade, sem garantir, todavia, o resultado esperado. Entretanto, deve usar de prudência e diligências normais para a prestação devida do serviço, optando pelas melhores técnicas e objetivando alcançar um determinado resultado. Nesse caso, no exercício da atividade médica, o dever de indenizar só surge se houver uma atuação displicente, sem observância da boa técnica (COUTO FILHO; SOUZA, 2004).

Consoante Gagliano e Pamplona Filho “a prova do elemento anímico (culpa) é tão importante quanto a conduta humana equivocada, no que diz respeito aos deveres gerais como cidadão e aos específicos da atividade profissional” (2015, p. 284). E conforme bem assevera Maria Helena Diniz:

Se o paciente vier a falecer, sem que tenha havido negligência, imperícia ou imprudência na atividade profissional da saúde, não haverá inadimplemento contratual, pois o médico não assumiu o dever de curá-lo, mas de tratá-lo adequadamente. [...]. Portanto, a responsabilidade civil dos médicos somente decorre de culpa provada, constituindo uma espécie particular de culpa. Não resultando provadas a imprudência ou imperícia ou negligência, nem o erro grosseiro<sup>113</sup>, fica afastada a responsabilidade dos doutores em medicina, em virtude mesmo da presunção de capacidade constituída pelo diploma obtido após as provas regulamentares (TJRJ, ADCOAS, 1982, n. 84.019 *apud* 2007, p. 257).

<sup>111</sup> O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho. (Os artigos mencionados referem-se às devidas indenizações, respectivamente, nos casos de homicídio, lesão ou ofensa à saúde e impedimento de exercício de ofício ou profissão).

<sup>112</sup> Em se tratando de cirurgia plástica de natureza estética, haverá, segundo doutrina majoritária, obrigação de resultado, desta forma, o médico deverá produzir o resultado esperado. Em se tratando de cirurgia plástica reparadora, a exemplo dos casos de queimadura, a obrigação será de meio.

<sup>113</sup> Refere-se ao erro representado pela conduta profissional que fere os conhecimentos mais elementares da matéria, sendo condenável, imperdoável e não justificável.

Desta forma, o erro médico consiste na falha profissional que resultará no dano e além da responsabilização na esfera civil e/ou penal<sup>114</sup>, o médico sujeita-se, ainda, às sanções administrativas do Conselho Federal de Medicina, podendo inclusive, dependendo da gravidade do dano, ser proibido de exercer o ofício.

No que se refere aos profissionais que não integram o quadro permanente do hospital ou da clínica, mas que eventualmente utilizam sua estrutura física e logística para realizar uma cirurgia, por exemplo, entende-se existir um liame jurídico entre o médico e a entidade hospitalar, de modo que há possibilidade de responsabilização objetiva da instituição, sem prejuízo de um eventual direito de regresso contra o médico<sup>115</sup> (GAGLIANO; PAMPLONA FILHO, 2015). Gonçalves (2015) apresenta postura diversa entendendo que não há responsabilização do estabelecimento, respondendo o médico com exclusividade pelos seus erros, ressaltando-se os casos em que a causa única para a falha foi referente a equipamento disponibilizado pelo estabelecimento hospitalar.

Sob essas perspectivas, a responsabilidade civil objetiva prevista na legislação consumerista, não se estende aos agentes do sistema de saúde. Entretanto, no que se refere à relação entre o hospital ou clínica médica que presta serviços, a responsabilidade civil é objetiva, por força dos arts. 43<sup>116</sup> e 932, III do CC/2002<sup>117</sup> e art. 14 do CDC<sup>118</sup>. Ao encontro dos artigos supracitados a súmula 341 do STF expressa que: “É presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto” e o art. 37, § 6º, da CF/88 estabelece que: “as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”. Nesse sentido, os estabelecimentos hospitalares são fornecedores de serviços e por isso respondem objetivamente pelos danos causados aos seus pacientes, nesse caso não há que se falar em culpa, bastando apenas o dano e o nexo causal.

Enfatiza-se que tal regra se estende também aos hospitais filantrópicos, uma vez que a atividade de cunho assistencial não afasta a responsabilidade de atender, respeitando-se

<sup>114</sup> Conforme o art. Art. 935 do Código Civil: A responsabilidade civil é independente da criminal [...].

<sup>115</sup> Nesse sentido, se a instituição se sentir prejudicada, pode entrar com uma ação regressiva contra o médico.

<sup>116</sup> As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressaltando direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo.

<sup>117</sup> São também responsáveis pela reparação civil: III - o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

<sup>118</sup> Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos.

o dever de informação e o dever de responsabilizar-se pela falta de seu médico. Conforme lição de Melo:

O fato de o serviço ser público e prestado de forma gratuita não isenta o hospital do dever de indenizar, na eventualidade de ocorrência de danos, porquanto há um dever de incolumidade ínsito na prescrição constitucional no que diz respeito à garantia fundamental à saúde e a vida das pessoas que “não subtrai o dever de a entidade hospitalar assegurar esses direitos sagrados do paciente. (2014, p. 148).

Nesse sentido, a ação ou omissão do agente público atenuada pela lesão à vítima, importa no dever do Estado em indenizar por dano moral e/ou material, independentemente da caracterização de culpa dos agentes estatais. Quanto aos servidores públicos na condição de médicos, Ramos conclui que: “a responsabilidade direta e primária é do Estado; a do médico, como de todo servidor público, deve ser apenas indireta, recompondo o prejuízo sofrido pelo Estado, desde que provada sua culpa” (2008, p. 50). Em suma, se o erro ou falha médica ocorrer em hospital ou outro estabelecimento público, a responsabilidade será do Estado.

A responsabilidade objetiva não se restringe apenas às pessoas jurídicas de direito público, alcançando também as pessoas jurídicas de direito privado que exerçam funções delegadas, sob a forma de entidades paraestatais ou de empresas concessionárias ou permissionárias de serviços públicos [...] Quando a Administração Pública ordena ou possibilita ao agente a realização de determinada atividade, assume o risco de sua execução e responde pelos danos que esse agente venha causar ao administrado. Nessa substituição da responsabilidade individual do agente pela responsabilidade genérica do Poder Público, é que se assenta a teoria da responsabilidade objetiva (LUZ, 2002, p. 152)

Feitas tais considerações, não se defende que a responsabilidade civil seja a melhor sanção para as vítimas de violência obstétrica, até porque a responsabilidade civil não possui o condão de reestabelecer a integridade física, psicológica e moral da mulher, mas possui o condão de ressarcir e, é nessa reflexão que repousa a grande dificuldade, uma vez que os casos de violência obstétrica que chegam aos tribunais limitam-se a discutir justamente o quesito monetário.

Diante da análise da responsabilidade civil, não restam dúvidas que a vítima de violência obstétrica percorrerá um penoso caminho até conseguir comprovar a culpa do profissional de saúde. Conforme bem assevera Cavalieri Filho (2012), a prova da culpa não é fácil de ser produzida. Primeiramente, porque os Tribunais são rigorosos na exigência da prova, somente admitindo a responsabilização do médico, mediante demonstração de erro grosseiro. Posteriormente porque a matéria é essencialmente técnica, exigindo prova pericial, uma vez que o juiz não possui o conhecimento científico para lançar-se em apreciações

técnicas sobre questões médicas e nesse caso há uma problemática muito recorrente na seara médica: a conspiração do silêncio, a chamada “solidariedade profissional” em virtude do corporativismo latente. Desta forma:

[...] o perito, por mais elevado que seja o seu conceito, não raro, tende a isentar o colega pelo ato incriminado. É certo que o juiz não está adstrito à perícia, mas é certo, também, que dificilmente encontrará nos autos provas suficientes para responsabilizar o médico (CAVALIERI FILHO, 2012, p. 404).

Melo (2014) também assevera em sentido semelhante ao postulado por Cavalieri Filho (2012), no sentido de que a maior dificuldade reside justamente na prova de que o médico tenha agido com imprudência, negligência ou imperícia. Conforme o autor “em muitas situações vai existir a lesão, o agente estará devidamente identificado, porém a impossibilidade de fazer a prova da culpa afastará o dever de reparação” (MELO, 2014, p. 19).

Diante destas considerações, se os casos de violência obstétrica forem analisados à luz da teoria clássica da responsabilidade civil (como já vem se observando em grande parte dos acórdãos analisados), há uma grande ênfase na produção de provas quer sejam documentais ou periciais para aferição de culpa dos profissionais de saúde, o que muitas vezes não é possível, ensejando no desprovimento de muitos casos ante a alegação de ausência de prova de culpa ou nexo causal. Nessa perspectiva,

São consideráveis as dificuldades para a produção da prova da culpa. Em primeiro lugar, porque os fatos se desenrolam normalmente em ambientes reservados, seja no consultório ou na sala cirúrgica; o paciente, além das dificuldades em que se encontra pelas condições próprias da doença, é um leigo, que pouco ou nada entende dos procedimentos a que é submetido, sem conhecimentos para avaliar causa e efeito, nem sequer compreendendo o significado dos termos técnicos; a perícia é imprescindível, na maioria das vezes, e sempre efetuada por quem é colega do imputado causador do dano, o que dificulta e, na maioria das vezes, impede a isenção e a imparcialidade. É preciso superá-las, porém, com determinação, especialmente quando atuar o corporativismo (AGUIAR JÚNIOR, 2000, p. 14-15).

Ademais, os tribunais buscam a solução para tais casos respaldados na legislação civil, sem discutir pontos-chaves como a violência de gênero, o direito de autonomia da parturiente, o direito à saúde, a dignidade da pessoa humana, entre outras questões peculiares. Tais dificuldades são observadas pois “os agentes do sistema de justiça estão ainda pouco familiarizados com protocolos e mecanismos que possam garantir a devida diligência e favorecer o tratamento integral às mulheres em situação de violência” (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 431).

Mesmo nos casos em que há responsabilização do hospital pelo ato e conforme já

ponderado anteriormente, a responsabilidade é objetiva e por isso, não é necessário a prova de culpa, ainda assim, há uma difícil tarefa em comprovar o nexo causal entre a conduta e o dano, o que nem sempre é tarefa simples, haja vista a grande dificuldade na produção de provas testemunhais uma vez que a maioria das testemunhas guardam uma relação de trabalho ou amizade com o médico e/ou o hospital, e por isso, não gostariam de comprometer-se.

Além disso, há os obstáculos para se ter acesso ao prontuário médico e outros documentos que ficam em poder do médico e hospitais e ainda uma série de medidas burocráticas que constituem entraves ao acesso à justiça por tais mulheres.

Feitas tais considerações, observa-se que os casos de violência obstétrica não podem ser de forma alguma vislumbrados meramente como erro médico, mas devem ser compreendidos como uma violência de gênero.

[...] resultantes de uma relação hierárquica de poder, que reduz a capacidade das mulheres de exercerem seus direitos durante as etapas do parto (pré, durante e pós-parto) e resulta em um conjunto variado e articulado de danos físicos, emocionais, estéticos, psicológicos e morais a elas e seus familiares (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 465).

E também como um tipo de violência institucional “ou seja, aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos responsáveis pela assistência humanizada, preventiva e reparadora de danos” (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 466), conforme já se ponderou anteriormente.

Por óbvio, há a necessidade de responsabilização dos envolvidos e enfatiza-se que esta não deve se ater somente à esfera individual, focada apenas na pessoa do médico, constituindo inclusive uma preocupação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2017), tendo em vista que conforme postulado pela federação, a falta de políticas públicas competentes, o descompromisso social e a incapacidade dos gestores em todos os seus níveis podem contribuir para essa pandemia. Portanto, a prática da violência obstétrica não pode ser reduzida a um mero erro médico, uma vez que constitui sim uma grave violação de direitos humanos e fundamentais, configurando-se como um problema de saúde pública muito relevante.

Nesse sentido, para Leite:

[...] apesar de a prática de violência obstétrica poder envolver erro médico, por exemplo, pela não observância da melhor técnica médica durante o procedimento, a ocorrência de erro médico não é fundamental para que uma prática se caracterize como violência obstétrica. Ainda que profissionais de saúde ajam de acordo com as melhores evidências científicas e ajam com zelo no emprego da técnica médica, se não houver respeito aos direitos humanos básicos das mulheres, como o direito à

autodeterminação, a uma vida livre de violência, sua conduta será enquadrada como violência obstétrica. Enquadrar casos de violência obstétrica como erro médico é o mesmo que “tapar o sol com uma peneira”, uma vez que, ainda que resolva individualmente o problema para algumas mulheres, impede que o problema seja visto em toda sua complexidade (2016, p. 91).

Diante dessas considerações, se o médico, por exemplo, insiste em praticar uma conduta que é ineficiente e danosa como a manobra de Kristeller, ou insiste em realizar determinado procedimento sem o consentimento da mulher, como a episiotomia ou ainda a aplicação de ocitocina sintética, tais condutas não podem ser observadas sob a perspectiva do erro médico que pressupõe uma conduta correta, mas que tem o seu resultado prejudicado por negligência, imprudência ou imperícia (elementos da culpa), visto que nos casos elencados, a conduta é ilícita.

Assim, se o médico realizou determinado procedimento sem o consentimento da mulher estará cometendo um ato ilícito que não pode ser resumido a um erro, pois nesse caso a conduta médica é correta, mas a técnica empregada é incorreta (CAVALIERI FILHO, 2012), enquanto na violência obstétrica a conduta por si só é incorreta e o resultado danoso é consequência da escolha do profissional em optar pela conduta errada, desrespeitando a autonomia da mulher.

Nesse sentido, ao tratar esses casos como erros médicos, o Judiciário revitimiza a vítima e como bem pondera Maria Berenice Dias:

O Poder Judiciário ainda é uma instituição das mais conservadoras e sempre manteve uma posição discriminatória nas questões de gênero. Com uma visão estereotipada da mulher, exige-lhe uma atitude de recato e impõe uma situação de dependência. Ainda se vislumbra nos julgados uma tendência perigosamente protecionista que dispõe de uma dupla moral. Em alguns temas, vê-se com bastante clareza que, ao ser feita uma avaliação comportamental dentro de requisitos de adequação a determinados papéis sociais, é desconsiderada a liberdade da mulher (2008, p. 1).

Diante dessas considerações, defende-se que a melhor alternativa não seja uma ação de responsabilidade civil na qual ter-se-ia a grande dificuldade de comprovar a culpa médica conforme já exposto anteriormente, mas sim uma ação de indenização por danos morais e/ou materiais em decorrência da violência obstétrica, expondo toda a situação vivenciada, enfatizando a violência de gênero e também a institucional.

No entanto, há determinados casos que de tão graves não podem ser ressarcidos na esfera civil, razão pela qual a responsabilidade penal do agente faz-se necessária conforme se exporá a seguir.

### 4.3 Responsabilidade penal: tipos penais aplicáveis nos casos de violência obstétrica

Levando-se em consideração a incidência do princípio da intervenção mínima, pondera-se que a aplicação do Direito Penal deve ser compreendida como medida subsidiária aplicável somente nos casos em que outras vertentes jurídicas não se mostrarem suficientes para tutelar determinado bem jurídico.

Nesse sentido, ao expor tal subtópico, não é possível crer que a solução mais plausível para os casos de violência obstétrica seja a judicialização perante a esfera criminal, entretanto, pretende-se demonstrar, a título exemplificativo, que alguns tipos penais podem ser aplicáveis quando outros meios não se mostrarem hábeis para promoção dos direitos das parturientes. Dentro dessa perspectiva tem-se as lições de Cezar Roberto Bitencourt:

[...] se para o restabelecimento da ordem jurídica violada forem suficientes medidas civis ou administrativas, são estas as que devem ser empregadas, e não as penais. Por isso, o Direito Penal deve ser a *ultima ratio* do sistema normativo, isto é, deve atuar somente quando os demais ramos do Direito revelarem-se incapazes de dar a tutela devida a bens relevantes na vida do indivíduo e da própria sociedade. [...] Antes, portanto, de se recorrer ao Direito Penal deve-se esgotar todos os meios extrapenais de controle social, e somente quando tais meios se mostrarem inadequados à tutela de determinado bem jurídico, em virtude da gravidade da agressão e da importância daquele para a convivência social, justificar-se-á a utilização daquele meio repressivo de controle social (2013, p. 54).

No que tange à responsabilidade penal, os pressupostos necessários são semelhantes àqueles da responsabilidade civil. Nesse sentido, para imputação de um crime é necessário que alguém pratique uma conduta descrita em lei, atribuindo-se, portanto, uma determinada pena.

Tem-se, portanto, como os requisitos para a responsabilização penal: a conduta humana dolosa ou culposa, o resultado, o nexo de causalidade entre a conduta e o resultado e a tipicidade (enquadramento da conduta, resultado e nexo causal em uma norma que descreva o crime) (CAVALIERI FILHO, 2012).

Para que a ação do médico se constitua como um crime este tem que agir com dolo ou culpa na sua conduta e esta deve corresponder a um tipo penal previsto em nosso direito positivo, ou seja, em nossas leis (SOUZA, 2006). Conforme o art. 18 do Código Penal, o crime é doloso quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo; e culposos, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Conforme Souza (2006), na prática, a maior parte das vezes, o agir delituoso do médico, em termos de responsabilidade penal, envolve crimes meramente culposos, ou seja, deve estar presente os elementos da culpa (negligência, imprudência e/ou imperícia).

Nesse sentido, o Direito Penal define uma série de crimes que podem ser

cometidos pelos agentes de saúde no exercício da profissão. Desta forma, se o profissional de saúde insiste na realização de procedimentos mesmo sabendo dos riscos e consequências negativas, assume uma conduta que pode configurar ilícito penal, uma vez que assume conscientemente o risco de produzi-los e incorre na conduta típica por dolo eventual, conforme o art. 18, I do Código Penal<sup>119</sup> (SOUSA, 2015).

Com relação à violência obstétrica, os crimes mais “elementares” que podem ser imputados aos profissionais de saúde são: homicídio, lesão corporal<sup>120</sup>, constrangimento ilegal, ameaça e maus-tratos, agravados pela circunstância de serem praticados por profissionais de saúde mediante abuso de poder ou violação do dever inerente ao cargo, conforme o art. 61, II, “g” do Código Penal<sup>121</sup>.

O homicídio simples (art. 121, Código Penal) culposo possui pena de 6 a 20 anos. Nesse caso, considera-se dolo não apenas a intenção de causar dano (dolo direto), mas ainda as condutas em que o agente não quer o resultado morte, mas assume o risco de produzi-lo (dolo eventual)<sup>122</sup>. Conforme Souza (2006), o Direito Penal não faz distinção entre o dolo direito ou eventual, nesse sentido, para caracterização de um crime, basta a presença de qualquer um dos dois.

Outro crime que merece destaque nas práticas de violência obstétrica é a lesão corporal, tipificada no art. 129, Código Penal<sup>123</sup>. Desta forma, nas práticas obstétricas, a episiotomia sem autorização da parturiente pode ser enquadrada nessa conduta, ou ainda os excessivos exames de toque praticado por diferentes pessoas como meio para práticas acadêmicas, a manobra de Kristeller, dentre outras condutas que podem ocasionar lesões físicas produzindo dano no corpo da vítima, tendo em vista a integridade física violada.

Engloba também qualquer alteração prejudicial à saúde da vítima que possa acarretar abalos anímicos, inserindo portanto nessa tipificação os recorrentes casos de violações psicológicas conforme exposto nos capítulos anteriores. Nesse sentido, no caso específico da violência obstétrica é importante reafirmar a possibilidade da lesão corporal ser

<sup>119</sup> Art. 18 - Diz-se o crime: I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.

<sup>120</sup> A lesão corporal pode ser evidenciada por lesão à integridade física e/ou psicológica da vítima.

<sup>121</sup> Art. 61 - São circunstâncias que sempre agravam a pena, quando não constituem ou qualificam o crime: II - ter o agente cometido o crime: g) com abuso de poder ou violação de dever inerente a cargo, ofício, ministério ou profissão.

<sup>122</sup> O dolo direto encontra-se previsto no inciso I, do art. 18 do Código Penal já explicitado anteriormente e que diz: Art 18 – Diz-se o crime: I – doloso, quando o agente quis o resultado (...). Nesse sentido, ocorre o dolo direto quando o evento criminoso correspondente à vontade do sujeito ativo. No chamado dolo eventual ou dolo indireto, o agente assume o risco de produzir o resultado previsto no tipo penal. (SOUZA, 2006).

<sup>123</sup> Ofender à integridade corporal ou a saúde a outrem [...], podendo ser de natureza leve (detenção, de 3 meses a 1 ano), grave (reclusão de 1 a 5 anos), gravíssima (reclusão de 2 a 8 anos), seguida de morte (reclusão de 4 a 12 anos) de modo doloso ou culposo (2 meses a 1 ano).

evidenciada por lesão à integridade psicológica da parturiente. No depoimento que se segue é nítido a lesão à integridade física e psicológica, uma vez que além das parturientes terem sido submetidas a episiotomia, devem se “conformar” com a dor, pois o médico acha que o corte não dói:

Assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor ‘no corte’. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuro me informar e descubro que o médico que ‘fez os partos’ não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que ‘normal não dói, é coisa da cabeça delas’.” (Ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES). (CIELLO et al., 2012, p. 133).

Ainda com relação à integridade pessoal, o art. 129 do Código Penal, § 1º, IV aduz que: se a ofensa a integridade corporal ou a saúde de outrem resultar em aceleração de parto, a pena de reclusão é de um a cinco anos. De acordo com Pierangeli:

Acelerar o parto é antecipar o nascimento, isto é, pôr fim à gravidez antes do termo final desta, desde que o feto logre sobreviver. Se o feto vier a morrer dentro do útero materno, com ou sem a sua expulsão, haverá aborto e a lesão será gravíssima. Deve-se, contudo, observar que em ambas as situações, uma vez estabelecido pela perícia o nexos causal entre a agressão e a expulsão, haverá delito. (2007, p. 77).

Além disso, quando a violência obstétrica é cometida é comum a perda de autonomia da parturiente, sujeitada por medo ou coação explícita a muitas situações e práticas com as quais não concorda ou ainda que violam seus direitos fundamentais, como nos casos de episiotomia, escolha do tipo de parto e da posição mais adequada para dar à luz, uso de fórceps, dentre outras práticas já citadas. Nesses casos, cabe tipificação do art. 146, Código Penal<sup>124</sup> em virtude do constrangimento ilegal latente.

Merece ainda prosperar o crime de ameaça, tipificado no art. 147, Código Penal<sup>125</sup>. A ameaça, infelizmente perpetrada nos casos de violência obstétrica, visa intimidar e amedrontar as gestantes mediante promessa de causar-lhe mal injusto e grave. O mau injusto é aquele que a vítima não está obrigada a suportar, podendo ser ilícito ou simplesmente imoral. Já o mal grave é o capaz de produzir ao ofendido um prejuízo relevante (MASSON, 2012).

Como forma exemplificativa, pode-se observar essa modalidade de crime no âmbito da violência obstétrica a partir do depoimento de uma técnica de enfermagem ao

<sup>124</sup> Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda”. Cabe pena de detenção de três meses a um ano, ou multa.

<sup>125</sup> Ameaçar alguém, por palavras, escrito ou gesto, ou qualquer outro meio simbólico, de causar-lhe mal injusto e grave. Pena: Detenção de um a seis meses.

relatar o procedimento de colocar o soro durante o trabalho de parto: “Eu digo pras (sic) grávidas: ‘se não ficar quieta, eu vou te furar todinha’. Eu aguento esse monte de mulher fresca?” (T., técnica de enfermagem, Itaguaí-RJ). (Ciello *et al.*, 2012, p. 134). Ou ainda: “Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: ‘Olha, isso mesmo. Continua assim [quieta] porque geralmente eles judia (sic) um pouco quando a mulher dá trabalho’.” (Depoimento de Jane em AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Outra reclamação comum diante da prática violadora refere-se aos maus-tratos (art. 136, Código Penal)<sup>126</sup>. O crime é de forma vinculada, ou seja, a conduta somente se admite nos modos de execução expressamente previstos em lei. A parturiente, objeto de violência obstétrica, por muitas vezes tem privação de alimentos e água por longos períodos, mesmo após o parto. Em algumas situações não se tem os cuidados indispensáveis e especiais, como observa-se nos depoimentos abaixo:

“Vou dar logo no cu!” - Fala de um médico plantonista em resposta a um pedido realizado no meio da noite para prescrição de medicação para dor na cicatriz da episiotomia. Prescreveu um anti-inflamatório via retal. (Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES). (CIELLO *et al.*, 2012, p. 137).

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor. (P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES). (CIELLO *et al.*, 2012, p. 137)

Embora timidamente, já encontram guarida na jurisprudência dos colendos tribunais, os casos envolvendo a responsabilização civil objetiva do Poder público e subjetiva do médico, culminando na indenização por danos morais e materiais, bem como a responsabilidade penal. Entretanto, conforme já ponderado anteriormente é necessário se fazer uma reflexão a fim de se averiguar se os casos de violência obstétrica, refletem um “erro médico”, caracterizado pelo agir do profissional de saúde com negligência, imprudência ou imperícia, mesmo quando este não age de modo intencional, antevendo o resultado dos procedimentos iatrogênicos.

Cada situação precisa ser prudentemente avaliada a fim de que os advogados não problematizem os casos indevidamente e os julgadores, portanto, não apliquem as devidas

---

<sup>126</sup> Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: Pena - detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

sanções, tipificando assim as condutas de maneira inapropriada e sobretudo formando precedentes importantes que servirão de base para outros casos análogos que conseqüentemente culminarão no mesmo erro.

O próximo capítulo propõe-se a apresentar as considerações metodológicas utilizadas no decorrer do estudo, descrevendo o tipo de pesquisa, o campo de estudo e os sujeitos pesquisados, bem como os procedimentos metodológicos empregados para colher e analisar os dados de campo.

## 5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

### 5.1 Quanto ao tipo de pesquisa

A abordagem escolhida para consecução do trabalho foi a quali-quantitativa a partir de elementos que se complementam, possibilitando uma interpretação mais abrangente da realidade posta.

[...] a relação entre quantitativo e qualitativo (...) não pode ser pensada como oposição contraditória (...) é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais 'concretos' e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

Consoante Serapioni “[...] a combinação dos dois métodos de pesquisa se revela estratégica, evidenciando uma inegável riqueza de análises dos problemas estudados [...]” (2000, p. 189), sendo exatamente esta a combinação proposta no presente estudo, que lança mão de diversos procedimentos metodológicos complementares, a saber, a pesquisa bibliográfica, a análise documental, entrevistas semiestruturadas com informantes chave, a observação sistemática com registros em diário de campo e por fim o uso da estatística descritiva para gerar melhor visibilização da análise dos dados colhidos. Assim sendo, a inter-relação entre os dados colhidos através dos diversos procedimentos apontados serviu de aporte para que se pudesse alcançar uma melhor compreensão do fenômeno da violência obstétrica e suas variáveis.

Além disso, a pesquisa caracterizou-se como avaliativa na área de Ciências Sociais, objetivando avaliar os acórdãos do TJMA, STJ e STF, à luz dos demais dados colhidos através dos diferentes procedimentos metodológicos propostos, de modo a averiguar as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário frente aos casos de violência obstétrica, avaliando-se sua atuação.

Para se alcançar o objetivo proposto, realizou-se pesquisa bibliográfica, bem como revisão de literatura através de uma leitura crítica e reflexiva, visando um aprofundamento teórico sobre o assunto, utilizando-se como principais bases de dados atreladas ao Direito: Periódicos da Capes, Scielo e Conpedi. E como base de dados da área da saúde, utilizou-se Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed a fim de se obter artigos científicos e outros trabalhos que abordassem a temática trabalhada. Nesse sentido, utilizou-se como palavras-chave para realização da pesquisa bibliográfica, as seguintes palavras: violência obstétrica; violência de gênero; violência institucional; violência no parto; lesão no parto; episiotomia; manobra de Kristeller; erro médico no parto; violação de direitos no parto;

direitos das mulheres no parto; direitos humanos das mulheres; direitos fundamentais; violência e poder; gênero e poder; direito de informação; direito à autonomia; autonomia x beneficência; responsabilidade médica, sexualidade e saúde; direito à saúde; poder médico; ocitocina. Ao todo foram selecionados 85 artigos que envolviam de alguma forma a temática. Todos foram lidos integralmente e 73 citados no decorrer do trabalho.

O método utilizado no decorrer do trabalho foi o dedutivo segundo a qual parte-se de uma ideia geral para chegar a casos particulares. Conforme Gil (2008, p. 9), o método “parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica”. Desta forma, através do raciocínio dedutivo objetiva-se explicar o conteúdo das premissas e por intermédio de um raciocínio em ordem descendente, de análise do geral para o particular, chega-se a uma conclusão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

## **5.2 Campo de Estudo e sujeitos pesquisados**

O principal campo de estudo para a pesquisa foi o TJMA. A importância do enfoque temático avaliando a realidade do estado do Maranhão quanto à forma de processar e julgar ações que versam sobre violência obstétrica reflete a necessidade de produção acadêmica empírica de modo a retratar e intervir criticamente na realidade social local, apresentando novos conhecimentos e propondo soluções para possíveis problemas encontrados. Tanto o sítio eletrônico quanto as instalações físicas do TJMA constituíram campo para a coleta de dados da presente pesquisa.

Outro campo de estudo considerado foram os sítios eletrônicos do STF e STJ, tendo em vista o impacto das decisões destes tribunais, dada a relevância institucional dos mesmos, bem como o papel de ambos na proteção dos direitos fundamentais.

Os sujeitos entrevistados como informantes chave foram os desembargadores cíveis do TJMA, uma vez que as demandas pertinentes à violência obstétrica em todos os casos analisados e selecionados no decorrer do estudo foram ajuizadas perante as varas cíveis.

## **5.3 Procedimentos metodológicos**

### **5.3.1 Análise documental**

Utilizou-se como procedimento metodológico a análise documental mediante a avaliação dos acórdãos do TJMA, STJ e STF que focavam a temática abordada. Conforme Silva e Grigolo (2002) a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhuma análise aprofundada, visando assim, selecionar, tratar e interpretar a informação

bruta, buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor, promovendo contribuições à comunidade científica a fim de que outros possam voltar a desempenhar futuramente o mesmo papel.

A coleta desses dados foi realizada através de busca nos sítios eletrônicos dos tribunais e outros sites de busca jurisprudencial, tais como a plataforma JusBrasil, utilizando palavras-chave caracterizadoras da violência obstétrica, tais como: episiotomia, manobra de Kristeller, cesárea lesão, lesão no parto, erro médico no parto, demora no parto e ocitocina, no lapso temporal de 2010 a 2016. Após a busca por palavras-chave foram levantados ao todo 197 (cento e noventa e sete) acórdãos. Posteriormente, cada acórdão foi detalhadamente lido a fim de averiguar se de fato havia uma situação caracterizadora da violência obstétrica, sendo selecionados para análise 36 (trinta e seis) acórdãos<sup>127</sup>.

### 5.3.2 Entrevistas semiestruturadas

Intencionou-se realizar as entrevistas semiestruturadas com os desembargadores cíveis do TJMA<sup>128</sup>, além do desembargador presidente e a desembargadora corregedora geral, totalizando 17 (dezesete sujeitos pesquisados).

As entrevistas semiestruturadas se caracterizam pela utilização de questões e tópicos previamente elaborados que servem como roteiro básico utilizado para direcionar a coleta de dados sobre o tema investigado, apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam com a temática pesquisada (TRIVIÑOS, 1987). Essa modalidade de coleta “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...] além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Objetivou-se, a partir desta modalidade de entrevista, conduzir as perguntas sem perder o foco do objeto de estudo, podendo-se formular novas questões de acordo com os apontamentos de cada informante a fim de esclarecer e aprofundar o tema e/ou as informações por eles trazidas no curso das entrevistas. Através desta técnica de coleta de dados, intencionou-se analisar as produções verbais, consideradas reveladoras da cultura e das subculturas próprias de cada indivíduo. De acordo com Minayo (1998), a entrevista permite esta possibilidade porque trabalha com a linguagem como meio de expressão da tradição cultural onde ficam marcadas as ideologias que perpassam as relações de trabalho e de poder.

<sup>127</sup> A lista dos acórdãos organizados por número e órgão julgador estão especificados na análise de dados.

<sup>128</sup> O TJMA possui cinco câmaras cíveis, compostas por 3 desembargadores cada, totalizando 15 desembargadores cíveis.

A fim de apresentar o escopo da pesquisa e o convite para a realização da entrevista semiestruturada, apresentou-se em um primeiro contato, um requerimento convidando os sujeitos pesquisados para participar do trabalho (Apêndice 1). Mediante a concordância dos mesmos, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas conforme roteiro apresentado em anexo (Apêndice 2), intencionando-se analisar a percepção dos entrevistados no que tange à compreensão da violência obstétrica.

Antes de cada entrevista, explicou-se aos entrevistados a finalidade da mesma, o objetivo e a importância da colaboração pessoal para a pesquisa, bem como o esclarecimento do seu caráter estritamente confidencial, com o consequente anonimato das informações prestadas. Os dados foram colhidos a partir de gravação previamente autorizada pelos entrevistados e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) relativo à pesquisa (Apêndice 3).

As perguntas foram feitas de maneira clara, desmobilizando divagações do entrevistado e estimulando-o a clarificar seus apontamentos. As reflexões propostas pelo entrevistado ao longo da entrevista realizada foram revisitadas ao final de cada resposta fornecida de modo sucinto pelo entrevistador a fim de se confirmar as respostas expressas. Os registros produzidos a partir da transcrição das entrevistas foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (1977).

### 5.3.3 Observação sistemática

Aliada às entrevistas semiestruturadas utilizou-se a observação sistemática como procedimento metodológico de modo a descrever, analisar e relatar comportamentos específicos de todos os agentes envolvidos dentro do ambiente estudado, a saber, os gabinetes dos desembargadores entrevistados, buscando observá-los a partir das situações que pudessem evidenciar para o leitor as interações relacionais travadas nestes ambientes.

Nessa perspectiva, Gil (2008) aponta que a observação sistemática tem como objetivo a descrição precisa dos fenômenos. Deste modo, foi elaborado um plano que estabeleceu o que devia ser observado, em que momentos, bem como a forma de registro e organização das informações. Burke (1969 *apud* GIL, 2008) menciona que o comportamento social pode ser analisado mediante cinco pontos elaborados a partir de questões:

1. Ato: O que está acontecendo? Qual a ação?
2. Cena: Onde está ocorrendo? Qual o cenário da situação?
3. Agente: Quem está envolvido na ação? Quais são seus papéis?
4. Agência: Como os agentes agem? Quais os meios utilizados?

#### 5. Propósitos: Por que as pessoas agem dessa forma? O que eles querem?

O registro da observação pode ser feito de diferentes formas. Durante a pesquisa utilizou-se notas por escrito em diário de campo, especificando o dia, horário, os agentes envolvidos e a descrição da situação observada. A fim de garantir razoável nível de objetividade é necessário que o registro de observação esteja subordinado a algum tipo de amostragem, sendo utilizada durante o trabalho a amostragem *ad libitum* (à vontade), não pautada por procedimentos sistemáticos, anotando o observador o que é visível e potencialmente relevante para a análise (GIL, 2008).

### 5.4 Análise dos dados

Os dados colhidos nas entrevistas e acórdãos foram avaliados através da análise de conteúdo temática. Trata-se de um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos dos documentos a serem pesquisados (BARDIN, 1977). A coleta de novas informações sobre o assunto tem como escopo formular ou reformular problemas e hipóteses. Campos afirma que:

Bardin configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Porém, a própria autora afirma que este conceito não é suficiente para definir a especificidade da técnica, acrescentando que a intenção é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que ocorre a indicadores quantitativos ou não. Desta forma, atualmente, a técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos (2004, p. 612)

Conforme Minayo (2002), uma das funções da análise de conteúdo refere-se à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. A técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências. Assim, Bardin (1977) propõe a análise de conteúdo a partir das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise foi desenvolvida com o escopo de sistematizar as ideias iniciais, compreendendo: a. leitura flutuante; b. escolha dos documentos que serão o *corpus* de análise; c. formulação das hipóteses e objetivos que se pretende alcançar; d. referenciação dos índices e elaboração de indicadores e; e. preparação do material (BARDIN, 1977).

A primeira fase, consiste em uma preparação e organização de todo o material coletado. Assim, através da leitura flutuante houve o primeiro contato com o objeto de análise

do estudo, qual seja, os acórdãos e entrevistas semiestruturadas devidamente transcritas. Diante do universo dos acórdãos coletados selecionou-se àqueles que iriam constituir o *corpus*<sup>129</sup> de análise. A seleção desses documentos implica escolhas, seleções e regras, sendo as principais: regra de exaustividade, regra de representatividade, regra de homogeneidade e regra de persistência (BARDIN, 1977).

- a. **Regra de exaustividade:** refere-se ao esgotamento da totalidade dos documentos a fim de selecionar àqueles que serão analisados;
- b. **Regra de representatividade:** a amostra selecionada é considerada uma parte representativa do universo inicial. No caso da seleção de um número muito elevado de dados, pode efetuar-se uma amostra, desde que o material a isto se preste. A amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial (BARDIN, 1977);
- c. **Regra de homogeneidade:** os dados que constam nos acórdãos referem-se a um mesmo tema e foram obtidos por técnicas iguais (busca através de palavras-chave no site dos respectivos tribunais);
- d. **Regra de persistência:** significa verificar se a fonte documental corresponde adequadamente ao objetivo suscitado pela análise (BARDIN, 1977) servindo como importantes fontes de informação para consecução do objetivo proposto na pesquisa.

Após a observância das regras de seleção supracitadas, foram estabelecidos critérios de exclusão dos acórdãos, sendo suprimidos àqueles relacionados a negativa por parte do plano de saúde no momento do parto, questões trabalhistas ligadas à maternidade, prorrogação de testes físicos em concursos públicos quando a Requerente encontrava-se grávida, além de outras questões que não possuíam liame com danos tipificados nas condutas de violência obstétrica.

A etapa de referenciação dos índices e elaboração de indicadores foi formulada a partir das expressões que predominaram tanto nos acórdãos quanto nas entrevistas, de modo a se depreender e apresentar os resultados da análise. O índice nesse sentido refere-se à referência explícita de um determinado tema na mensagem e o indicador corresponde à frequência com que este tema aparece (de modo relativo ou absoluto). Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Nesse sentido, desde a pré-análise algumas operações são elementares, tais como, o recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e a escolha da modalidade de

---

<sup>129</sup> Conjunto de documentos selecionados para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

codificação para o registro dos dados (BARDIN, 1977).

Além disso, o material foi preparado e organizado a partir de uma planilha no Microsoft Excel a fim de organizar os acórdãos encontrados e agrupá-los conforme a saturação de núcleos de sentido e as entrevistas semiestruturadas gravadas foram transcritas na íntegra.

Na segunda fase de análise de dados foi realizada a exploração do material coletado através da qual propõe-se a administração sistemática das decisões tomadas definindo-se sua codificação e categorias. Bardin (1977) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Assim, o material coletado foi recortado em unidades de análise para posteriormente proceder a categorização (agrupamento ou classificação).

As unidades de análise dividem-se em unidades de registro e unidades de contexto. Conforme Bardin (1977), a unidade de registro corresponde ao segmento de conteúdo, a menor parte do conteúdo observada visando efetuar a categorização, pode ser a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento, o documento. As unidades de contexto, por sua vez, são unidades mais amplas do que a unidade de registro, servem de referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la. Cada unidade de contexto, geralmente, contém várias unidades de registro, assim, é através do contexto que compreendemos a aparição de determinada unidade de registro apontada, a fim de explorar de modo mais completo todo o seu significado (MORAES, 1999).

Na presente pesquisa utilizou-se como unidades de registro a palavra<sup>130</sup> e o tema<sup>131</sup>, sendo caracterizada, portanto, a análise temática dos acórdãos selecionados, o que pressupõe o uso de sentenças, parágrafos, palavras e frases como unidades de análise. A análise temática, também utilizada neste estudo, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico proposto (BARDIN, 1977). Para Campos

O tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, vislumbrada através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado e teorias embasadoras, classificada antes de tudo por uma sequência de ordem psicológica, tendo comprimento variável e podendo abranger ou aludir a vários outros temas (2004, p. 613).

<sup>130</sup> Menor unidade de registro usada, podendo ser uma simples palavra, oral ou escrita, um símbolo ou um termo.

<sup>131</sup> Afirmação sobre determinado assunto, podendo ser uma simples sentença (sujeito e predicado), um conjunto delas ou inclusive um parágrafo.

Durante a pesquisa, ambas unidades de análise acima referidas foram utilizadas. Na análise dos acórdãos utilizou-se apenas as unidades de registro (palavra ou tema observado nos julgados) e nas entrevistas semiestruturadas utilizou-se tanto as unidades de registro como as unidades de contexto. Nesse caso, as unidades de contexto foram apresentadas a partir das respostas dos sujeitos pesquisados (desembargadores cíveis) às entrevistas semiestruturadas e as unidades de registro corresponderam aos menores segmentos (palavra, tema) percebidos nas falas dos desembargadores. As unidades de contexto, como o próprio nome expressa, contextualizam as unidades de registro apontadas e auxiliam na sua compreensão.

Posterior à definição das unidades de análise (de registro e de contexto) procedeu-se a categorização, que consiste em um procedimento para reduzir os dados e agrupá-los considerando a parte comum existente entre eles, classificando-os por semelhança ou analogia a fim de se extrair os aspectos mais importantes dos materiais analisados.

Conforme Minayo (2002), as categorias são empregadas para se estabelecer classificações, nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Para Bardin, o processo de categorização pode ser definido “como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia)” (1977, p. 117).

Em seguida, as unidades de análise foram categorizadas, ou seja, agrupadas a partir de categorias (ou classes), sob um título genérico, ordenando os elementos constitutivos em razão dos caracteres comuns observados. Conforme Campos

[...] podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos (2004, p. 614).

Ao classificar os elementos em categorias impõe-se a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros, permitindo assim, seu agrupamento (BARDIN, 1977). As categorias escolhidas para compor o estudo foram tanto apriorísticas quanto não apriorísticas (BARDIN, 1977). Nas primeiras, o pesquisador já define de antemão a partir de experiências prévias ou interesses, categorias pré-definidas; as segundas emergem totalmente do contexto analisado (no caso do presente estudo, acórdãos e entrevistas).

Conforme Campos (2004) não existem fórmulas mágicas para orientar o pesquisador na categorização, mas este segue seu próprio caminho baseado nos conhecimentos teóricos adquiridos e sedimentados por detalhada revisão de literatura sobre o tema estudado, e sendo norteado pela sua competência, sensibilidade, intuição e experiência.

Por fim, a última fase permitiu o tratamento dos resultados obtidos e sua consequente interpretação, desta forma, os resultados brutos foram tratados de modo significativos (falantes) e válidos. A pesquisadora a partir dos resultados significativos e fiéis de análise meticulosa propôs inferências e interpretações acerca do material avaliado mediante os objetivos propostos inicialmente e a partir de descobertas reveladas no decorrer da pesquisa (BARDIN, 1977).

O próximo capítulo apresenta e discute os dados colhidos nos acórdãos pertinentes à temática encontrados no STF, STJ e TJMA e nas entrevistas semiestruturadas realizadas com os desembargadores cíveis do TJMA, tomando por base o procedimento metodológico da análise de conteúdo conforme explicitado, de modo a compreender as significações explícitas ou implícitas contidas nos julgados e nas falas dos seus agentes.

## 6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS: violência obstétrica na jurisprudência do STF, STJ e TJMA

É chegado o momento de reconhecer as práticas dolorosas, perniciosas e não-científicas adotadas nas maternidades como problemas de saúde pública e direitos humanos (DINIZ; CHACHAM, 2006, p. 84).

Uma vez expostos, discutidos e ilustrados os principais marcos teóricos que circundam o tema da violência obstétrica, passa-se à importância de analisar as demandas judicializadas referentes à temática que têm alcançado as esferas dos tribunais e a partir da análise de conteúdo debater-se as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário diante dos casos. Desta forma, o presente capítulo destina-se a apresentar e discutir os dados colhidos em campo e que versam sobre objeto de estudo da dissertação.

Inicialmente serão apresentados os dados colhidos através da análise documental de acórdãos brasileiros, que conforme explicitado anteriormente foram obtidos através de pesquisa por palavras-chave na plataforma JusBrasil e nos sítios eletrônicos do STF e STJ. Primeiramente, realizou-se a busca através da palavra-chave “violência obstétrica”, sem encontrar, no entanto, nenhum acórdão. A maior problemática referiu-se em encontrar acórdãos do TJMA, tendo em vista que no site do tribunal não é possível realizar a busca por palavras-chave, razão pela qual nesse caso utilizou-se a plataforma “JusBrasil”.

Nesse sentido, optou-se por buscar os acórdãos através das palavras caracterizadoras da violência obstétrica, reconhecidas como situações violadoras dentro do contexto da saúde obstétrica, tais como: episiotomia, manobra de Kristeller, cesárea lesão, lesão no parto, erro médico no parto, demora no parto e ocitocina. Considerou-se o lapso temporal de 2010 a 2016, tomando-se como marco temporal inicial a realização da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, atestando que 25% das mulheres no país sofreu algum tipo de violência durante o parto. Segue, na tabela abaixo, o universo total de acórdãos encontrados em cada órgão julgador.

**Tabela 1:** Quantidade total de acórdãos encontrados após pesquisas com palavras-chave

| PALAVRA-CHAVE         | STF | STJ | TJMA |
|-----------------------|-----|-----|------|
| Violência obstétrica  | 0   | 0   | 0    |
| Episiotomia           | 1   | 0   | 0    |
| Manobra de Kristeller | 0   | 2   | 0    |

|                   |   |    |    |
|-------------------|---|----|----|
| Cesárea lesão     | 0 | 0  | 6  |
| Lesão no parto    | 2 | 15 | 72 |
| Erro médico parto | 0 | 32 | 28 |
| Demora no parto   | 3 | 6  | 29 |
| Ocitocina         | 0 | 1  | 0  |

**Fonte:** Autora, 2017

Diante do universo dos acórdãos coletados, selecionou-se àqueles que iriam constituir a análise a partir das regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, supracitadas nos procedimentos metodológicos. O quantitativo de acórdãos selecionados em cada órgão julgador foi especificado na tabela abaixo.

**Tabela 2:** Quantidade de acórdãos filtrados após regras de seleção

| <b>PALAVRA-CHAVE</b>  | <b>STF</b> | <b>STJ</b> | <b>TJMA</b> |
|-----------------------|------------|------------|-------------|
| Episiotomia           | 1          | 0          | 0           |
| Manobra de Kristeller | 0          | 2          | 0           |
| Cesárea lesão         | 0          | 0          | 1           |
| Lesão no parto        | 0          | 11         | 1           |
| Erro médico parto     | 0          | 8          | 1           |
| Demora no parto       | 2          | 6          | 3           |
| Ocitocina             | 0          | 1          | 0           |

**Fonte:** Autora, 2017

Os acórdãos selecionados foram analisados mediante o procedimento metodológico de análise do conteúdo de Laurence Bardin (1977), especificado em detalhes nos procedimentos metodológicos. Assim, após a primeira fase de pré-análise dos acórdãos coletados, procedeu-se a exploração do material codificando-o, ou seja, transformando-o por meio do recorte em unidades de registro<sup>132</sup>, intentando melhor organizar o material no processo de categorização. Conforme Campos (2004) a seleção das unidades de análise compreende uma das mais básicas e importantes decisões para o pesquisador, consistindo na seleção de elementos do conteúdo a serem submetidos posteriormente à categorização (ou classificação). Após a exploração do material utilizando o processo de codificação e categorização, procedeu-se o tratamento dos resultados obtidos realizando-se a interpretação e inferências a partir dos dados.

<sup>132</sup> Conforme expresso nos procedimentos metodológicos, as unidades de registro utilizadas foram a palavra e o tema, sendo estas organizadas a fim de serem categorizadas (ou classificadas).

### 6.1 Apresentação e discussão dos acórdãos do STF, STJ e TJMA: aplicação do procedimento metodológico da análise de conteúdo

A fim de dar maior visibilidade aos dados coletados, organizou-se a tabela abaixo identificando todos os julgados analisados, a partir da identificação de duas variáveis, a saber, o órgão julgador e o número do processo. Para facilitar a identificação dos mesmos, estabeleceu-se o uso de três tipos de cores na tabela conforme os órgãos julgadores (STF, STJ e TJMA), sendo analisados 36 (trinta e seis) acórdãos no total.

**Tabela 3:** Quantidade de acórdãos analisados, órgão e número do processo

| QNT | ORGÃO | NUMÉRO DO PROCESSO                                        |
|-----|-------|-----------------------------------------------------------|
| 1   | STF   | AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO 733.844 - RJ |
| 2   | STF   | AG.REG. NO AGRAVO DE INSTRUMENTO 852.237 - RS             |
| 3   | STF   | AG.REG. NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO 600.866 - RJ            |
| 4   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 137.102 - PB           |
| 5   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 144.794 - RJ           |
| 6   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 147.484 - RJ           |
| 7   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 180.480 - SP           |
| 8   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 190.929 - SP           |
| 9   | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 209.743 - RJ           |
| 10  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 221.110 - RJ           |
| 11  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 221.113 - RJ           |
| 12  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 241.652 - RJ           |
| 13  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 403.761 - SC           |
| 14  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 427.100 - BA           |
| 15  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 442.266 - SP           |
| 16  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 628.542 - RJ           |
| 17  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 634.241 - SP           |
| 18  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 645.884 - SC           |
| 19  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 69.698 - RN            |
| 20  | STJ   | AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 746.902 - SC           |
| 21  | STJ   | AgRg no AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 672.584 - DF   |
| 22  | STJ   | AgRg nos EDcl no AGRAVO DE INSTRUMENTO 854.005 - MT       |
| 23  | STJ   | EDcl nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL 706.352 - MG  |
| 24  | STJ   | RECURSO ESPECIAL 1.173.058 - DF                           |
| 25  | STJ   | RECURSO ESPECIAL 1.195.656 - BA                           |
| 26  | STJ   | RECURSO ESPECIAL 1.245.063 - RJ                           |
| 27  | STJ   | RECURSO ESPECIAL 1.526.467 - RJ                           |

|    |      |                                                           |
|----|------|-----------------------------------------------------------|
| 28 | STJ  | RECURSO ESPECIAL 1.548.847 - SP                           |
| 29 | STJ  | RECURSO ESPECIAL 1.595.761 - SC                           |
| 30 | STJ  | RECURSO ESPECIAL 1.024.693 - SP                           |
| 31 | TJMA | APELAÇÃO 0346192015                                       |
| 32 | TJMA | APELAÇÃO CÍVEL 35.925/2013                                |
| 33 | TJMA | APELAÇÃO CÍVEL 38971/2015 (0000624-49.2009.8.10.0044) -   |
| 34 | TJMA | APELAÇÃO CÍVEL 002339/2011                                |
| 35 | TJMA | APELAÇÃO 063054-2015                                      |
| 36 | TJMA | AGRAVO DE INSTRUMENTO 3303-47.2015.8.10.0000 (19055/2015) |

**Fonte:** Autora, 2017

Após a seleção dos acórdãos que seriam analisados, procedeu-se o recorte das unidades de registro para categorização. As categorias utilizadas foram apriorísticas, ou seja, oriundas da experiência prévia da pesquisadora com o tema pesquisado bem como pautadas no marco teórico detalhado nos capítulos anteriores, formando-se assim categorias pré-definidas, e também categorias não apriorísticas, ou seja, aquelas que emergiram do próprio contexto analisado. Nesse sentido, foram formadas 23 (vinte e três) categorias iniciais a partir dos acórdãos analisados utilizando-se ambas as categorias: apriorísticas e não apriorísticas<sup>133</sup>, inferindo-se ainda a subjetividade da pesquisadora ao proceder a identificação (BARDIN, 1977).

O agrupamento (ou categorização) das unidades de registro que constituíram as categorias iniciais foram elaboradas mediante o freqüenciamento (repetição de conteúdos comuns) e relevância implícita (um tema importante que não se repetiu em outro acórdão, mas que apresentou riqueza e relevância para o estudo), complementando-se (CAMPOS, 2004). Nesse sentido, surgiram as primeiras categorias iniciais que configuram-se como as primeiras impressões acerca da realidade organizacional estudada (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Quadro 2: Lista de categorias iniciais

| <b>Categorias iniciais</b>     |
|--------------------------------|
| 1. Atendimento inadequado (A)  |
| 2. Peregrinação por leito (A)  |
| 3. Manobra de Kristeller (NA)  |
| 4. Aplicação de ocitocina (NA) |
| 5. Tricotomia (NA)             |

<sup>133</sup> Para melhor compreensão, as categorias apriorísticas e não apriorísticas foram identificadas na tabela através das siglas (A) e (NA), respectivamente.

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| 6. Lesões físicas e neurológicas no neonato (NA) |
| 7. Perda do útero (NA)                           |
| 8. Tratamento verbal grosseiro e humilhante (A)  |
| 9. Indiscriminados exames de toque (NA)          |
| 10. Episiotomia (NA)                             |
| 11. Abalo anímico (A)                            |
| 12. Direito à vida (A)                           |
| 13. Direito à saúde (A)                          |
| 14. Direitos sexuais e reprodutivos (A)          |
| 15. Direito à informação (A)                     |
| 16. Dignidade da pessoa humana (A)               |
| 17. Princípio da autonomia (A)                   |
| 18. Negligência (NA)                             |
| 19. Imprudência (NA)                             |
| 20. Imperícia (NA)                               |
| 21. Indenização por danos morais (NA)            |
| 22. Indenização por danos materiais (NA)         |
| 23. Indenização por danos estéticos (NA)         |

Fonte: Autora, 2017

Posteriormente, realizou-se o agrupamento progressivo das categorias iniciais, tomando por base o referencial teórico deste estudo, bem como as interfaces temáticas entre as categorias inicialmente propostas que foram surgindo a partir da análise mais refinada dos acórdãos estudados, obtendo assim, 8 (oito) categorias intermediárias. O quadro abaixo demonstra cada etapa desenvolvida no processo de elaboração das categorias de análise utilizadas, apontando os conceitos norteadores que fundamentaram os agrupamentos das mesmas. As 11 (onze) primeiras categorias iniciais formadas foram agrupadas e resultaram em 5 (cinco) categorias intermediárias: negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso sexual e abuso psicológico.

Quadro 3: Formação das categorias intermediárias 1, 2, 3, 4 e 5

| <b>Categoria inicial</b>  | <b>Conceito norteador</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>Categoria intermediária</b> |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Atendimento inadequado | Todas essas categorias designam a falta de cuidado ou de diligência, desleixo, inércia e passividade que podem culminar em uma lesão ao dever de cuidado objetivamente necessário para proteger a vida, um dos mais importantes bens jurídicos. | 1. Negligência                 |
| 2. Peregrinação por leito |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| 3. Manobra de Kristeller  | Designam toda espécie de contato que incida sobre                                                                                                                                                                                               |                                |
| 4. Aplicação de ocitocina |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 5. Tricotomia                               | o corpo da parturiente e/ou o neonato de modo a causar dor ou dano físico (de grau leve a intenso), podendo inclusive resultar em morte.                                                                                                                                                                                                        | 2. Abuso físico      |
| 6. Lesões físicas e neurológicas no neonato |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |
| 7. Perda do útero                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |
| 8. Tratamento verbal grosseiro e humilhante | Refere-se a todo contato verbal que se configure como humilhante, ofensivo e causador de ansiedade momentânea na parturiente, o que por sua vez, altera várias condições do parto, inclusive a percepção dolorosa da paciente. Não necessariamente define comprometimento da saúde psicológica da mulher, apesar de causar indignação na mesma. | 3. Abuso verbal      |
| 9. Indiscriminados exames de toque          | Consiste nas ações que causem violações da integridade sexual e reprodutiva da mulher de modo a interferir no seu controle de exercício da sua sexualidade e da sua capacidade reprodutiva através do abuso da posição de poder e confiança que a paciente deposita no profissional de saúde em um momento de vulnerabilidade.                  | 4. Abuso sexual      |
| 10. Episiotomia                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |
| 11. Abalo anímico                           | Qualquer comportamento observável, verbal ou não verbal que cause dano emocional ou prejuízo à saúde psicológica da mulher, afetando especialmente sua autoestima, poder de autodeterminação e seu sentimento de segurança básica, além de poderem desencadear sintomas ou quadros psicopatológicos.                                            | 5. Abuso psicológico |

Fonte: Autora, 2017

Observe-se que as categorias intermediárias supra identificadas são apriorísticas e estão pautadas na percepção de D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) quanto a considerar a violência contra as mulheres nas instituições de saúde como um problema emergente, atrelada ao aumento da morbidade e mortalidade materna no parto e residindo na violência empreendida pelos profissionais de saúde nos serviços obstétricos (incluindo os casos de aborto), afetando o acesso, conformidade, qualidade e eficácia do serviço de saúde e tendo como característica, quatro categorias de abuso: negligência, abuso verbal, físico e sexual.

De outro modo, Bowser e Hill (2010), Tesser et al. (2015) e Diniz et al. (2015) apresentam sete categorias de desrespeito e abusos na atenção obstétrica: abuso físico, cuidado não consentido, cuidado não confidencial ou privativo, cuidado não-digno, discriminação com base em atributos específicos do paciente, abandono de cuidado e detenção em instalações, categorias que encontram-se englobadas nas supracitadas.

De modo semelhante à D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), os autores elencados não mencionam o abuso psicológico decorrente das práticas de violência obstétrica, razão pela qual tomando por base os referenciais utilizados no decorrer do estudo, optou-se também por adicionar esta categoria, tão iatrogênica quanto as mencionadas e especialmente referida pelas

mulheres como um tipo de violência com intenso poder de dano e de consequência. Ressalta-se que a opção de acrescentar esta categoria às demais referidas por outros estudiosos do assunto cumpre o objetivo de visibilizar os dados encontrados em campo tal e qual surgiram como relevantes, em detrimento de meramente encaixá-los em categorias já previamente definidas por autores diversos.

A violência obstétrica de modo geral e principalmente a de cunho psicológico continua a ser naturalizada, tanto por parte dos agentes do sistema de saúde, quanto pelo próprio sistema de justiça, e também pelas próprias parturientes, fazendo com que estes crimes permaneçam impunes, explicitando a completa invisibilização deste fenômeno.

Segundo Godefridi, não há uma definição clara do que é ou não é a violência psicológica, de sorte que o legislador transfere ao juiz o poder de dar sentido à norma incriminadora, que, por sua vez, transfere ao perito o poder de dizer se há ou não violência psicológica. O perito acaba tendo sérias dificuldades de estabelecer um nexo de causalidade entre o mal-estar subjetivo da vítima, alegado ou constatado, e a ação do agressor, ou outros fatores pessoais de infelicidade. Assim, esse conjunto de variáveis de “arbitrariedade” (sic) transformam a criminalização da violência psicológica em uma “loteria penal” (2012 *apud* ÁVILA et al., 2014, p. 277-278).

O machismo institucional materializado nas ações dos próprios operadores do direito, imersos em uma cultura patriarcal e falocêntrica também naturalizam a violência de gênero, minimizando-a, além de subjugar, e revitimizar a mulher, inclusive indevidamente culpabilizando-as pelas próprias agressões sofridas.

Dando prosseguimento ao agrupamento progressivo das categorias de análise utilizadas, seguem as categorias iniciais apriorísticas identificadas em todos os acórdãos, ainda que não estejam mencionadas explicitamente nos mesmos. Os direitos e princípios lesados identificados nas categorias iniciais apriorísticas que se seguem deram origem à categoria intermediária “direitos e princípios violados”.

Quadro 4: Formação da categoria intermediária 6

| <b>Categoria inicial</b> | <b>Conceito norteador</b>                                                                                                                                                                                                     | <b>Categoria intermediária</b> |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 12. Direito à vida       | O direito à vida é o mais primordial direito humano, garantindo às parturientes proteção tanto individual, quanto para com o neonato, assegurando-lhes o direito de permanecerem vivos, e também, o direito a uma vida digna. |                                |
| 13. Direito à saúde      | Tal garantia está interligada ao direito à vida, inserindo-se na órbita dos direitos sociais                                                                                                                                  |                                |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                                             | constitucionalmente garantidos, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo este um elemento essencial à dignidade da pessoa humana. Além disso, demanda a implementação de políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva.                                                                                                           | 6. Direitos e princípios violados |
| 14. Direitos sexuais e reprodutivos         | Consiste na liberdade e autodeterminação da mulher, compreendendo o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência.                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |
| 15. Direito à informação                    | Toda pessoa tem direito a informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas a serem utilizadas e ou aplicadas ao corpo que lhes pertence, de acordo com sua condição clínica, baseado em evidências científicas e com direito à recusa do tratamento proposto (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/2009). Além disso, o direito à informação também é previsto na CF/88 e no CDC. |                                   |
| 16. Princípio da dignidade da pessoa humana | Fundamento basilar do Estado Democrático de Direito, visto ser um mandado de otimização dos direitos mínimos inerentes a qualquer ser humano, garantindo a efetividade das garantias fundamentais.                                                                                                                                                                                                   |                                   |
| 17. Princípio da autonomia                  | Ao paciente deve ser dado o poder de tomar as decisões relacionadas ao seu tratamento, segundo sua própria consciência e valores morais.                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |

Fonte: Autora, 2017

Os direitos e princípios elencados constituem-se como importantes ferramentas garantidoras do acesso à justiça pelas mulheres que sofreram a violência obstétrica. O direito à vida consubstanciado ao direito à saúde assegura as parturientes um tratamento digno de modo a proteger a vida, maior bem jurídico assegurado constitucionalmente. O direito à saúde, dever do Estado conferido a todos, homens e mulheres, sem distinção, assegura o cumprimento das diretrizes de saúde no parto e nascimento. Além disso, a dignidade da pessoa humana, princípio basilar do ordenamento jurídico brasileiro, por si só, coíbe qualquer tipo de ataque às parturientes, em qualquer das categorias listadas, respeitando-se a sua integridade física e psíquica.

Não obstante aos direitos assegurados, as gestantes possuem também o direito à informação, nesse sentido, deixar de prestar informações sobre o estado de saúde da mulher, não explicando claramente os procedimentos que serão realizados e não dar oportunidade para a mulher refletir e decidir se deseja ou não submeter-se a qualquer procedimento proposto, configura-se como exemplo de violência no atendimento obstétrico (CIELLO et al., 2012).

O respeito a tais direitos e princípios asseguram a proteção à maternidade, bem como os direitos sexuais e reprodutivos de modo a promover o bem-estar da parturiente e do neonato. Cumpre destacar que não obstante a violação de tais direitos e princípios nas práticas de violência no parto, observa-se que eles não são invocados nos acórdãos analisados no sentido de fundamentar a decisão dos juristas. Não há, nos 36 acórdãos estudados, registro de invocação do direito à vida, do direito à saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos, do direito à informação e do princípio da autonomia na fundamentação dos mesmos. O princípio da dignidade da pessoa humana, no entanto, é invocado em somente um acórdão na esfera do TJMA.

As próximas categorias iniciais apresentadas, por meio do agrupamento progressivo, deram origem à categoria intermediária não apriorística denominada responsabilidade civil (subjéctiva/objectiva) vislumbrada em 100% dos acórdãos analisados. Em todos os casos analisados citou-se pelo menos uma categoria inicial: negligência médica ou hospitalar, imprudência e ou imperícia decorrente da responsabilidade civil objectiva e ou subjéctiva. Dentre os julgados, todos foram resultado de ações na esfera cível que culminaram em indenizações por danos morais e/ou materiais e também por dano estético.

Quadro 5: Formação da categoria intermediária 7

| <b>Categoria inicial</b> | <b>Conceito norteador</b>                                                                                                                                                    | <b>Categoria intermediária</b>                   |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 18. Negligência          | Consiste na omissão, na inércia, no agir com descuido, desatenção ou indiferença, sem tomar as devidas precauções, na inobservância aos deveres assumidos profissionalmente. | 7. Responsabilidade civil (subjéctiva/objectiva) |
| 19. Imprudência          | Consiste na imprevisão do agente em relação às consequências do seu ato ou ação, mediante uma conduta sem a cautela e zelo necessários.                                      |                                                  |
| 20. Imperícia            | Consiste no desempenho de uma conduta sem o conhecimento prévio necessário, mediante falta de aptidão, prática ou teórica, para a realização da tarefa.                      |                                                  |

Fonte: Autora, 2017

O erro médico consiste em um ato ilícito<sup>134</sup> cometido pelo médico no exercício da sua função em uma das modalidades de culpa prevista no Código Civil. Nesse sentido, como já postulado em capítulo anterior, a responsabilidade dos agentes de saúde é averiguada por meio da culpa, nas modalidades de imprudência (agir com descuido), negligência (deixar de adotar as providências recomendadas) e imperícia (descumprimento de regra da profissão), sendo, portanto, a responsabilidade configurada como subjetiva.

Os agentes do sistema de justiça frequentemente baseiam suas decisões na responsabilidade civil por erro médico. Tal conceito que consiste na falsa concepção acerca de um fato ou de algo contrário à realidade (MORAES, 1996) não se coaduna com a prática da violência obstétrica, tendo em vista que esta caracteriza-se por constituir em uma modalidade de violência de gênero, descaracterizando-se a mera ocorrência de erro. Conforme Nogueira e Severi:

O enquadramento na legislação sobre responsabilidade civil para a apreciação dos casos de danos e violências sofridas por mulheres durante a assistência ao parto, acaba por permitir aos tribunais de justiça apurarem apenas uma das dimensões dessa questão tão complexa: a ocorrência ou não de danos ocorridos em razão de erro médico ou profissional. A dimensão da violação de direitos sexuais e reprodutivos e outros direitos das mulheres são, comumente, silenciados (2016, p. 455).

Nesse sentido, assim como existem modalidades de violência obstétrica que não podem ser consideradas erros médicos, também existem erros médicos que são considerados negligências e não violências, razão pela qual propõe-se a distinção.

Conforme já discutido alhures, a violência obstétrica caracteriza-se por uma violência institucional de gênero e o “o gênero se constrói e desconstrói no espaço de interação, conflito e instabilidade — inclusive na cena do parto — numa interação entre sujeitos múltiplos, contraditórios, que se “engendram” mutuamente” (DINIZ, 2001, p. 54). A violação de direitos impingida sobre as mulheres vítimas de violência obstétrica não pode ser considerada um “erro médico”, mas compreendida “como resultantes de uma relação hierárquica de poder, que reduz a capacidade das mulheres de exercerem seus direitos durante as etapas do parto (pré, durante e pós-parto) e resulta em um conjunto variado e articulado de danos físicos, emocionais, estéticos, psicológicos e morais a elas e seus familiares” (NOGUEIRA; SEVERI, 2016, p. 465).

<sup>134</sup> O ato ilícito também encontra-se também postulado no Código de Ética Médica ao tratar na parte III sobre “Responsabilidade profissional” estabelecendo que é vedado ao médico: Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Desta forma, ao considerarem a situação como mero erro médico, os agentes do sistema de justiça consequentemente levam em consideração o “sucesso do parto” negligenciando potenciais danos e secundarizando a autonomia da mulher no processo do nascimento, fator que corrobora para que a violação de gênero nesses casos seja subnotificada, não garantindo um tratamento integral às vítimas.

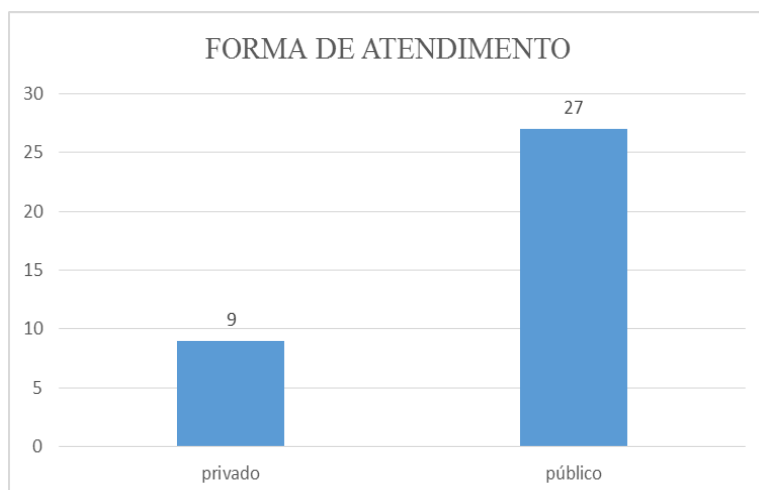
Partindo desse pressuposto, tais agentes encaram a responsabilidade civil como uma solução plausível para a celeuma, enquanto as mulheres têm uma expectativa de que nas ações sejam reconhecidos os danos sofridos atrelados à má-conduta dos profissionais de saúde e não ao parto em si (NOGUEIRA; SEVERI, 2016).

Nesse sentido, a frequência da ocorrência da categoria “responsabilidade civil” associada a erro médico é um dado significativo que demonstra a hipossuficiência do judiciário diante de uma demanda contemporânea, sendo os julgados frequentemente reduzidos a utilização de súmulas, colagem de ementários de jurisprudência, expressos através de decisões sem qualquer reflexão crítica, concorrendo para que a violência obstétrica não se configure como uma prática punível e devidamente reconhecida judicialmente.

Além disso, a ausência de legislação específica que verse sobre a temática agrava a situação, cooperando para que as ações parem sobre a mesma discussão, culminando na subnotificação do ato violador, e consequentemente contribuindo para sua invisibilização e naturalização, uma vez que são formadas jurisprudências ligando a violência obstétrica a uma ação em decorrência de um erro médico e não como uma potencial violência de gênero, culminando para que o fenômeno permaneça silente na esfera do judiciário.

Observe-se ainda que em apenas 9 dos 36 (trinta e seis) acórdãos analisados foi possível perceber a incidência da responsabilidade subjetiva, sendo o médico responsabilizado. Na maioria dos casos, pelo fato do serviço ser público e realizado dentro de hospitais estatais ou municipais, a responsabilidade imputada foi apenas a objetiva (conforme já postulou em capítulo anterior), fator que distancia o médico da responsabilidade frente à violência obstétrica, mesmo havendo a possibilidade de ação regressiva contra o médico por parte do Estado. Também é digno de nota que a maior parte das violações observadas ocorreu na rede pública de saúde em detrimento da rede privada, conforme se vislumbra no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Contagem referente a forma de atendimento



Fonte: Autora, 2017

Conforme Diniz e Chacham (2006) somente 30% das mulheres possuem algum tipo de seguro-saúde privado e as 70% mais pobres dependem do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os dados colhidos a partir da pesquisa nacional "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado" (VENTURI; GODINHO, 2010) ratificam as impressões obtidas a partir dos acórdãos analisados no que tange as formas de atendimento prestado, uma vez que conforme percentual coletado na pesquisa, 74% das mulheres sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto na rede pública, em detrimento de 17% na rede privada e 8% em ambas instituições, em uma amostragem de 2.365 mulheres entrevistadas.

Destaca-se ainda que o fato de dependerem dos serviços públicos de saúde por serem hipossuficientes economicamente é considerado por algumas mulheres como um estigma social, sendo um fator predisponente à anulação de sua cidadania no que diz respeito à falta de acesso aos serviços de saúde (RODRIGUES et al., 2015).

Os danos causados por negligência, imprudência e imperícia ensejaram em indenização por danos morais, materiais e estéticos, categorias não apriorísticas que resultaram na formação da 8ª (oitava) categoria intermediária (apriorística) denominada sanções tipificadas.

Quadro 6: Formação da categoria intermediária 8

| Categoria inicial                | Conceito norteador                                                                               | Categoria intermediária |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 34. Indenização por danos morais | Consiste em lesão de bem jurídico extrapatrimonial que se relaciona diretamente com os prejuízos |                         |

|                                     |                                                                                                                            |                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                     | ocasionados a direitos da personalidade, cuja violação afeta diretamente a dignidade do indivíduo.                         | 8. Sanções tipificadas |
| 35. Indenização por danos materiais | Consiste em prejuízo financeiro efetivamente sofrido pela vítima, causando diminuição do seu patrimônio.                   |                        |
| 36. Indenização por danos estéticos | Consiste em toda ofensa, ainda que mínima, à integridade física da vítima, que ocorre quando há uma lesão no corpo humano. |                        |

Fonte: Autora, 2017

Considerando-se as violações sofridas, em 15 (quinze) acórdãos vislumbrou-se o dano moral; em 19 (dezenove) acórdãos foram reconhecidos os danos morais e materiais e 2 (dois) dos acórdãos configuraram danos morais e estéticos, demonstrando-se que as violações ocorrem predominantemente na esfera anímica. Entretanto, o que ainda vigora em alguns tribunais é o indeferimento de pedidos de indenização por danos morais sob o argumento de que não houve prova do dano psíquico, muito embora, a doutrina e a jurisprudência contemporâneas apontem para a possibilidade dos danos emocionais e psicológicos vivenciados pelas vítimas poderem ser aferidos por meio de perícia técnica, apta a diagnosticar se as mulheres têm sido vítimas de violência psicológica, o que se observa em nosso ordenamento jurídico é que existe uma infravalorização da violência psicológica, sempre buscando-se “sinais externos palpáveis” para que possa haver o reconhecimento e autenticidade da violência trazida a juízo, o que merece maior reflexão e aprofundamento de estudos.

Sob essa perspectiva, para que seja diagnosticado se houve ofensa à saúde da vítima, precisa-se ter uma lógica institucionalizada de perícia e laudos, para notificar que houve lesão ao sistema psicológico, psiquiátrico ou psíquico da ofendida, devendo, portanto, os laudos de lesões psicológicas apontarem, sobretudo, os sintomas experienciados pelas vítimas e a análise de um sintoma clínico visível (tensão, choro, depressão, etc.) associados à violência narrada, devendo, portanto, a palavra da vítima ser valorizada através da prova pericial. Ressalta-se, nesse sentido, a difícil problemática referente a maioria dos Institutos Médicos Legais no Brasil que não oferecem perícia psíquica ou psicológica.

Dando continuidade à exposição metodológica da análise dos dados, destaca-se que a partir do agrupamento das categorias iniciais formou-se ao total 8 (oito) categorias intermediárias: negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso psicológico, direitos e princípios violados, responsabilidade civil (objetiva/subjetiva) e sanções tipificadas. Tais categorias foram submetidas ao mesmo processo de agrupamento progressivo, obtendo-se

duas categorias não-apriorísticas finais que emergiram a partir do contexto de análise dos dados, exigindo da pesquisadora um intenso ir e vir ao material estudado, correlacionando-o às teorias que embasaram a análise, a fim de não se perder de vista o atendimento aos objetivos da pesquisa (CAMPOS, 2004).

Quadro 7: Formação das categorias finais

| <b>Categoria intermediária</b>              | <b>Conceito norteador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Categoria final</b>                                                           |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Negligência                                 | A imposição de intervenções que são danosas à integridade física e psíquica das mulheres por profissionais de saúde, mediante a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos, resulta em desrespeito à autonomia da mulher em dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade, violando direitos constitucionalmente garantidos.                                               | Violação à autonomia da mulher de dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade |
| Abuso físico                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Abuso verbal                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Abuso sexual                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Abuso psicológico                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Direitos e princípios violados              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
| Responsabilidade civil (subjativa/objetiva) | A formação dos profissionais de saúde e dos agentes do sistema de justiça contribui para a naturalização e consequentemente invisibilização da violência obstétrica como um grave problema de saúde pública. Além disso, o sistema judiciário brasileiro apresenta-se como imperito para garantir a efetividade dos direitos básicos das mulheres vítimas de violência obstétrica. | Incapacidades de compreensão do sistema de justiça                               |
| Sanções tipificadas                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |

Fonte: Autora, 2017

Nesse sentido, diante do agrupamento progressivo das categorias iniciais, categorias intermediárias e categorias finais, obteve-se duas categorias finais de avaliação dos dados obtidos através da análise documental: I. Violação à autonomia da mulher de dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade e II. Incapacidades de compreensão do sistema de justiça.

A primeira categoria final não é observada em nenhum dos acórdãos analisados, fator que demonstra que o judiciário não tem julgado as demandas de violações aos direitos da mulher, particularmente os casos de violência no parto sob uma perspectiva de gênero.

O Estado Moderno trouxe consigo fatores determinantes com relação às lutas feministas, principalmente no que tange às mudanças legislativas a fim de promover a igualdade entre os sexos. Entretanto, apesar da previsão de garantia de direitos às mulheres, a condição geral de invisibilidade, principalmente na ordem constitucional, ainda é latente.

Isso porque o surgimento do Estado constitucional marcou a utilização do homem como padrão do que é considerado como universal pelo Direito. A tomada do homem como sujeito padrão na tutela de direitos fez com que as mulheres fossem excluídas do sistema jurídico ou fossem anuladas como sujeitos políticos, tendo que se conformar com o tratamento masculino de infravalorar os direitos femininos. Mesmo com a incorporação de tratados internacionais garantidores dos direitos das mulheres, alterando a maior parte dos textos constitucionais, essas alterações não foram suficientes na garantia dos direitos às mulheres, mantendo-se problemas na aplicabilidade do direito, no acesso à justiça e, inclusive na garantia de tais direitos (NOGUEIRA, 2015), uma vez que:

Estruturas de dominação não se transformam meramente através da legislação. Esta é importante, na medida em que permite a qualquer cidadão prejudicado pelas práticas discriminatórias recorrer à justiça. Todavia, enquanto perdurarem discriminações legitimadas pela ideologia dominante, especialmente contra a mulher, os próprios agentes da justiça tenderão a interpretar as ocorrências que devem julgar à luz do sistema de ideias justificador do presente estado das coisas (SAFFIOTI, 1987, p. 15-16).

Percebe-se que mesmo os acórdãos sendo claros ao apontar pelo menos uma das categorias latentes de violência obstétrica (negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso sexual ou abuso psicológico), os direitos e princípios não são mencionados, a voz das mulheres é silenciada nas decisões, porque a mulher não é vista como um sujeito de direitos, assim como não se tem o reconhecimento da mulher parturiente como um sujeito de autonomia, livre para fazer escolhas legítimas e válidas. Assim sendo, durante o parto a mulher não tem direito nem mesmo sobre o seu próprio corpo, conforme se depreende dos depoimentos abaixo:

Eu tive um atendimento desumano. Eu fui tratada como um bicho, acho que nem um animal é tratado dessa forma. Eu fui tratada como um objeto inanimado. Sem direitos. Tinha hora que eu ficava pensando ‘nossa, eu fui tratada como uma prisioneira, uma criminosa.

Eu quero alertar para todo mundo assim. Eu quero gritar: o parto é da mulher [...] Eu peço que a nossa voz seja ouvida, que as nossas histórias não sejam ignoradas.<sup>135</sup>

A violência obstétrica observada durante a gestação, parto, pós-parto e também nas situações de abortamento, fere a autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo e o direito de ser protagonista do seu próprio parto. A cultura machista que se impõe sobre a

---

<sup>135</sup> Depoimentos extraídos do documentário popular “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras” (ZORZAM et al., 2012)

mulher, subjugando-as, leva-as a considerarem as violências impostas como “naturais” através de uma operação discursiva que institui um lugar específico (e subalterno) para a mulher-mãe (CARVALHO, 2015). Sob essa perspectiva, a autoridade médica nos serviços de saúde engendrada a partir do exercício do poder na relação médico-paciente é atravessada pelas questões de gênero (AGUIAR, 2010), visto como uma forma primária de dar significado às relações de poder conforme postula Scott (1995).

No âmbito das práticas de saúde, este poder é exercido numa relação hierárquica por definição – a relação profissional de saúde/paciente. No topo desta hierarquia está o médico que é aquele quem dá a última palavra, ou, dito de outra forma, é quem detém a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente. Essa autoridade é, por assim dizer, a fonte do poder médico (AGUIAR, 2010, p.33-34)

Os pressupostos de gênero que modulam a assistência à saúde materna incluem a crença de um corpo feminino historicamente construído como um corpo defeituoso, falho e necessitado, demandando tutela e correção. Desta forma, a assistência (rotineiramente violenta) ao parto no Brasil se assenta em um saber/poder sobre esse corpo que necessita, portanto, do saber e da autoridade médicas para funcionar a contento, o que leva à superestimação dos benefícios da tecnologia e à subestimação ou mesmo invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções (CARVALHO, 2015; SALGADO et al., 2013).

Seguindo com a interpretação dos dados observa-se que a hipossuficiência técnica do judiciário é projetada nas decisões judiciais, culminando na última categoria final de análise metodológica denominada “incapacidades de compreensão do sistema de justiça” materializada através da responsabilidade civil atrelada a erro médico, como já postulado, e sanções que se resumem a indenizações que variam entre R\$ 20.000,00 (vinte mil) a R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil) reais.

Acerca da fundamentação das decisões judiciais, Silva e Silva (2016) apontam que acreditava-se que o direito legislado a partir da codificação, forneceria todas as respostas aos problemas levados ao Judiciário, impedindo que os juízes, diante de um determinado caso, pudessem agir segundo os seus próprios critérios, arbitrariamente prejudicando ou favorecendo um jurisdicionado.

No entanto, tal crença fragilizou-se em virtude do ordenamento jurídico, dotado de lacunas, além de não fornecer respostas a todos os casos, também não é completamente coerente. Os métodos tradicionais de interpretação não conduziam necessariamente a somente uma única resposta correta para cada problema. Desta forma, diante da constatação de mais de

uma resposta extraída do texto legal “passou-se a se preocupar em, pelo menos, dar a casos iguais uma igual solução, conferindo ao direito a isonomia e segurança que a lei escrita, por si só, já não poderia garantir” (SILVA; SILVA, 2016, p. 284), viabilizando, portanto, a uniformização e consolidação da jurisprudência.

Deste modo, desenvolveu-se no Poder Judiciário brasileiro a prática de fazer referência aos elementos jurisprudenciais nas decisões judiciais, apenas como meros exemplos, reforçando a fundamentação do julgador a partir de um argumento de autoridade. Observando-se que as fundamentações são pautadas pela “simples transcrição de ementas de acórdãos, breves passagens de votos proferidos e enunciados de súmulas, com o destaque a frases ou termos que ratifiquem o posicionamento de quem esteja a julgar” (SILVA; SILVA, 2016, p. 287).

Trata-se de conduta que, conforme observado pela doutrina, oferece riscos tanto à isonomia quanto à segurança jurídica, na medida que, sem os devidos cuidados metodológicos, é provável que se invoque, na fundamentação de um caso, elemento jurisprudencial que diga respeito a caso completamente diverso — já que não sondadas as circunstâncias fáticas e normativas deste —, resultando no tratamento igual a casos desiguais, ou tratamento desigual a casos iguais (SILVA; SILVA, 2016, p. 287)”.

Diante dessas considerações, as decisões precisam fazer sentido para o cidadão, elas não se encontram prontas no texto da lei, que funciona apenas como o ponto de partida. (SILVA; CARVALHO; VIANA, 2014), daí a necessidade também de uma atuação jurisdicional humanizada.

É importante ressaltar que prestar um serviço jurisdicional humanizado vai muito além de apenas proferir um parecer ou uma sentença. Além da transdisciplinaridade na sua atuação, ou seja, da apropriação e utilização de diferentes saberes, o operador do Direito, notadamente o juiz deve não apenas resolver um problema ou conflito imediato, mas agir com intuito de prevenir novos conflitos (SILVA; CARVALHO; VIANA, p. 212).

Alia-se à humanização na prestação jurisdicional, a visão transdisciplinar do jurista possibilitando assim, uma visão ampla dos fenômenos jurídicos, que também são sociais (SILVA; CARVALHO; VIANA, 2014). Através de questões que integrem conhecimentos de diversas áreas do saber (não apenas jurídicas), gera-se a possibilidade de compreender que os problemas do mundo são complexos, sendo, portanto, indispensável uma transformação transdisciplinar e transversal. A emergência dos chamados “novos direitos”, preocupados sobretudo com as relações interdisciplinares e com as dimensões sociais,

políticas, econômicas e culturais da sociedade faz-se necessária, destacando-se, a ênfase na formação em conteúdos transdisciplinares daqueles que vão operar os Sistemas de Justiça.

Subsequentemente, a fim de evidenciar algumas situações iatrogênicas nos casos de violência obstétrica avaliados, problematiza-se os trechos de alguns dos acórdãos analisados durante a pesquisa.

## 6.2 Problemática dos acórdãos

Como se percebe, muito embora a nomenclatura “violência obstétrica” não seja vislumbrada em nenhum acórdão é possível observar condutas violadoras na atenção ao parto deflagrando os direitos das parturientes, conforme a categorização proposta, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A partir do trecho de alguns julgados exemplifica-se algumas das situações observadas, mas que não foram devidamente fundamentadas nos arestos, silenciando as iatrogenias sofridas pelas parturientes e neonatos.

No excerto que se segue, a violência obstétrica e os danos iatrogênicos oriundos da violação perpetrada foram identificados a partir da realização da episiotomia sem devido esclarecimento à parturiente e sem o seu consentimento, ensejando na perda de autonomia e do poder de decisão da parturiente sobre seu próprio corpo, constituindo-se em afronta aos direitos e princípios assegurados à parturiente, culminando em danos morais e materiais e responsabilizando-se objetivamente o poder público.

A episiotomia resultou em grave lesão esfinteriana à paciente, advinda do trauma obstétrico, originando incontinência fecal, o que perturbou o equilíbrio emocional, social e psicológico da mesma, uma vez que afetou negativamente seu convívio social, restringindo-o. Analisando o inteiro teor do acórdão é possível inferir justamente, o caráter omissivo configurado nas práticas obstétricas de episiotomia e as sequelas dela advindas na vida da parturiente.

**E M E N T A: RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS**

MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOUTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. As circunstâncias do presente caso evidenciam que o nexo de causalidade material restou plenamente configurado em face do comportamento omissivo em que incidiu o Poder Público, que se absteve de “(...) **orientar a autora sobre o procedimento adotado no seu parto, assim como os eventuais riscos a que estaria exposta**, como também a necessidade do seu retorno ao hospital para o acompanhamento médico de sua situação (...) teve que se afastar de suas atividades laborais, devido a sua incontinência fecal, tendo que se submeter, posteriormente, a um procedimento cirúrgico para a reparação de seu problema (...) Esclareça-se, por oportuno, que todas as considerações já feitas aplicam-se, sem qualquer disceptação, em tema de responsabilidade civil objetiva do Poder Público (AI 852237 AgR, Relator(a): Min. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 25/06/2013, Acórdão eletrônico DJe-176 divulg 06-09-2013 public 09-09-2013, p. 1; 5-6, grifo nosso).

As condutas relacionadas à episiotomia devem ser analisadas com cautela a fim de que seja devidamente averiguado se a gestante foi devidamente informada ou não no ato de sua realização. Analisando o aresto, percebe-se que houve omissão do Poder Público em orientar a autora sobre o procedimento adotado no seu parto, assim como informá-la dos eventuais riscos aos quais estaria exposta, não respeitando, portanto, a autonomia da mulher em decidir sobre o seu próprio corpo.

Nesse sentido, restou clara a violência obstétrica perpetrada no caso concreto diante da perda de autonomia da parturiente em ser protagonista do seu parto, através de uma intervenção iatrogênica que afetou consideravelmente sua qualidade de vida, prejudicando a sua integridade física, psíquica e sexual. A episiotomia quando realizada sem indicação e o devido consentimento da parturiente constitui-se como uma verdadeira mutilação feminina, acarretando danos consideráveis à saúde da mulher e impactando consideravelmente sua qualidade de vida. (AMORIM; KATZ, 2008). Nos julgados abaixo, também é possível perceber a desconsideração à autonomia da parturiente:

[...] A mãe do menor ficou aguardando das 9h15 até as 22h00, sofrendo contrações, sem que houvesse a dilatação necessária, **motivo por que a equipe médica decidiu que ele fosse retirado com fórceps**, o que se deu às 22h20. O autor então nasceu deprimido, bradicárdico, pálido e em cianose generalizada, sendo necessário receber manobras de reanimação. Sua mãe teve de ficar internada por 15 dias, enquanto que ele ficou em ventilação forçada por 8 dias, apresentou instabilidade hemodinâmica, apresentou crise convulsiva com 24 horas de vida e, em virtude das lesões cerebrais ocorridas, apesar de já contar com mais de 4 anos de idade, não consegue andar nem tampouco ficar assentado, bem como não consegue falar (...) No mesmo sentido procede o pedido em relação ao dano estético, na medida em que ambos são de fácil constatação de per si, assertiva este corroborada pelas fotografias de fls. 355-v e 356, que demonstram, inclusive, a modificação da aparência física do autor...(STJ, EDcl nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 706.352 – MG, Relator: Min. Raul Araújo, Quarta turma, julgado em 10/03/2016, DJe: 30/03/2016, p. 5, grifo nosso).

O acórdão é claro com relação a desconsideração completa acerca do poder decisório da mulher sobre os procedimentos que devem ou não serem realizados no momento do parto. O tecnicismo presente nas rotinas obstétricas ignora completamente os aspectos ligados a humanização do parto, transformando o corpo da mulher em objeto de controle. Os julgados apresentam perspectivas argumentativas que distanciam a mulher da decisão: “a equipe médica decidiu”; “o feto não se encontrava em posição adequada, e mesmo, assim, optaram por realizar o parto”; “condução do parto forçado com utilização de fórceps e Kristeller [...] o réu não apresentou qualquer justificativa a respeito da motivação que ensejou a alteração abrupta da modalidade de parto”.

No campo da saúde, é dessas intervenções desnecessárias na assistência ao parto que emerge o conceito de violência obstétrica, em virtude do ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções (OLIVEIRA; PENNA, 2017), conforme se depreende dos extratos abaixo.

A agravada afirma que, ao chegar ao hospital em trabalho de parto, o feto não se encontrava em posição adequada, e mesmo assim, **optaram por realizar o parto normal**, quando seria necessária a realização de cesariana, causando danos irreversíveis à saúde da criança e ao Estado psicológico dos genitores [...] (STJ, AgRg no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 221.113 – RJ, Relator: Min. Herman Benjamin, Segunda turma, julgado em: 23/10/2012, DJe: 31/10/2012, p. 2; 4, grifo nosso).

No particular, a conduta estatal restou evidenciada pela **condução do parto forçado com utilização de fórceps e Kristeller**, quando possível a adoção de melhores técnicas para preservar a integridade física da criança, sendo que, em virtude de manobras médicas realizadas, a menor nasceu com sequelas. **Registre-se que, inicialmente, o parto seria realizado mediante cesárea, tendo sido alterado para aquela modalidade. Note-se, também, que o réu não apresentou qualquer justificativa a respeito da motivação que ensejou a alteração abrupta da modalidade de parto.** Ao lado disso, não se pode olvidar que a "manobra de Kristeller, consistente em pressionar manualmente o fundo do útero da parturiente, com o objetivo de abreviar o período expulsivo, constitui técnica perigosa e vedada pelo próprio sistema público, conforme Protocolos de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. O dano, por seu turno, também sobressai incontroverso. De acordo com a documentação juntada aos autos, durante o parto da autora ocorreu dificuldades na extração dos ombros (distócia de ombros) que deu causa à lesão do plexo braquial esquerdo [...] Em suma: a integridade física e mental da autora foi frontalmente violada a lhe impingir prejuízo de ordem moral, concernente no abalo psíquico e estético. (STJ, AgRg no AgRg no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 672.584 – DF, Relator: Min. OG Fernandes, Segunda turma, julgado em: 22/09/2015, DJe: 07/10/2015, p. 3-4, grifo nosso).

Ao refletir sobre a realidade acerca da atenção à mulher durante o parto considera-se que de um lado, existem normas e hierarquias nem sempre percebidas como ofensivas e

violentas e, de outro, as experiências do sujeito fundadas em suas relações cotidianas que muitas vezes, contradizem essas normas impostas, culminando em potenciais danos (OLIVEIRA; PENNA, 2017). Os depoimentos também são claros no que diz respeito à violação da dignidade da mulher na sua condição de pessoa humana e o desrespeito à sua autonomia.

No final ela desesperou, queria analgesia e o anestesista resistente. Estava gritando e o médico começou a fazer pressão no fundo do útero dela, e ela não queria, sabia o que era Kristeller, episíio. Ela gritava: **‘Eu não quero esta mão aí’, se posicionava, e o médico gritou com ela, várias vezes.** E o marido junto, um casal jovem, que tinham programado um parto maravilhoso, e tiveram um parque de horrores ali na sala de parto e todo mundo começou meio que perder a paciência com ela (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 5, grifo nosso).<sup>136</sup>

O médico, por sua vez, não aceita ter seu saber questionado e parece inclusive sentir-se ofendido e também “desiludido” sobre a forma como as mulheres tendem, mesmo que aos poucos, empoderarem-se dos aspectos ligados ao parto, passando a ter voz ativa diante das decisões sobre o seu corpo e estabelecendo suas regras: “Eu tenho tido desilusões **por eu querer fazer uma coisa e as mulheres preferirem outras.** Tem uma cidade que eu trabalhei que eu adquiri a fama de carrasco, que não faz cesárea e deixa a mulher sofrer até esgotar (OLIVEIRA; PENNA, 2017, p. 6, grifo nosso)<sup>137</sup>”. Conforme Silva:

A percepção de que o médico tem perdido seu poder tem sido apresentada com sofrimento e sentimento de estar sendo injustiçado. O poder inerente à detenção de um corpo de conhecimento que dava ao médico a possibilidade de dar ordens médicas, antes prontamente seguidas pelos pacientes, parece estar se tornando cada vez menos intenso (...) O conhecimento teórico de que cabe ao paciente decidir, a partir das informações médicas que lhe sejam compreensíveis, o rumo de seu tratamento, ainda parece descabido para o médico na prática (2005, p. 101).

Observe-se a seguir que o Sistema de Justiça brasileiro segue visibilizando quase que exclusivamente apenas um tipo dentre as várias violências perpetradas contra brasileiras diariamente: a violência física, negligenciando outros tipos de violência igualmente graves. Além disso, as decisões não são embasadas em pesquisas na área. O julgado do Tribunal de Justiça do Maranhão que se segue é claro ao mencionar potenciais violações à parturiente: aplicação de soro de força (ocitocina sintética) sob a alegação de que era para hidratar a parturiente, ignorando completamente o direito de informação e autonomia da mulher; as enfermeiras espremeram a barriga da parturiente e como não conseguiram expulsar o neonato,

<sup>136</sup> Depoimento de uma enfermeira extraído da pesquisa realizada por Oliveira e Penna (2017) envolvendo sete maternidades públicas dos municípios da macrorregião Centro-Oeste de Minas Gerais.

<sup>137</sup> Depoimento de um médico extraído do estudo realizado por Oliveira e Penna (2017).

chamaram dois médicos, tendo inclusive um deles subido na barriga dela, e colocando toda a força nos braços, a espremeu, vindo, então a nascer a criança.

Surpreendentemente, o TJMA afirmou que houve ausência de elementos capazes de comprovar liame entre os procedimentos adotados no parto como fatores preponderantes para o problema de saúde do neonato, não obstante as significativas pesquisas que apontam os riscos do uso de ocitocina sintética e aplicação da manobra de Kristeller, conforme explicitado em capítulos anteriores.

Expõe que em 28/06/2014, por volta das 13:30 horas, a mãe do menor, ora 1ª Agravante, começou a sentir contrações e se encaminhou para o Hospital Kalil Moisés. Chegando lá, teria aguardado por quase 01 (uma) hora para ser atendida e que o médico que a atendeu realizou o primeiro toque e afirmou que ainda não havia consumado a respectiva dilatação, **colocando-a para tomar soro sob a alegação de que era para hidratá-la.** Ato contínuo, fora a 1ª Agravante encaminhada para o Hospital Estadual de Alto Alegre do Maranhão, haja vista este possuir melhor estrutura em todos aspectos, sendo de pronto atendida, por volta das 22:00 horas, **concluindo a médica que ainda não era hora para a realização do parto, apesar das dores intensas.** Apontam que apenas no outro dia, em 29/06/2014, por volta das 07:30, é que a teriam encaminhado para a sala de parto, pois já não suportava as dores, sendo o parto forçado pelo médico sem que a criança nascesse, **vindo as enfermeiras aplicarem uma medicação para aumentar a dor e nada de parto normal. Asseguram que as enfermeiras espremiam, a qualquer custo, a barriga da 1ª Agravante e vendo que nada acontecia chamaram dois médicos e que um dos médicos teria subido na sua barriga e, colocando toda a força nos braços, a espremeu, vindo, então a nascer à criança.** Advertem que a 1ª Agravante só teria visto o 2º Agravante por volta das 18:00 na UTI, posto que este teria convulsionado após o parto e estaria com um balão de oxigênio com uma máscara de sucção para jogar fora o líquido que teria aspirado durante o parto. **Explicam que as enfermeiras que realizaram o parto teriam sido inclusive punidas. (...)** **Compulsando os autos, não se vislumbra qualquer equívoco na decisão prolatada pelo Juízo de base, que deve ser mantida em sua integralidade, face à ausência de elementos capazes de comprovar, de maneira inequívoca, que o procedimento adotado no parto teria sido fator preponderante para os problemas de saúde do 2º Agravante.** (TJMA, AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 3303-47.2015.8.10.0000 (19055/2015) – VITÓRIA DO MEARIM, Relator: Des. Ricardo Duailibe, Quinta câmara cível, julgado em: 09/11/2015, p. 1-2, grifo nosso).

No que concerne ao potencial dano por iatrogenia em virtude da violência psicológica empreendida contra a parturiente nos serviços de atenção ao parto considera-se o acórdão abaixo. Além da mulher ter tido o trabalho de parto induzido através da ocitocina sintética, foi deixada sozinha em um quarto (não obstante o direito ao acompanhante assegurado por lei e portarias, já expostas anteriormente) clamando por atendimento, sendo atendida somente após a troca de plantão, quando a criança já estava morta.

Em suma, no caso, a autora estava com os primeiros sinais do parto e foi encaminhada ao hospital (...) onde recebeu atendimento da médica (...), com **suposta prescrição de substância para induzimento do parto**, sendo que a evolução não teve o adequado acompanhamento e o resultado final foi o óbito do bebê (...). **A autora sustenta que depois de internada foi deixada sozinha em um quarto**

**onde começou a ter contrações, sendo que clamava por atendimento, porque sentia que a criança estava nascendo, mas acabou só sendo amparada após a troca do médico do plantão, quando já eram quase 8 horas da manhã e a criança já estava morta (...) a verdade é que a própria plantonista admite a adoção de um comportamento mecânico e de pouca atenção às queixas da paciente, o que não se pode admitir.** Embora não se ignorem as dificuldades enfrentadas no SUS, é preciso lembrar que os profissionais da área de saúde lidam com vidas, sendo que a desatenção aos reclamos do paciente e suas peculiaridades pode configurar negligência, como se verifica no caso em questão. (STJ, AgRg no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 180.480 – SP, Relator: Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira turma, julgado em: 18/02/2014, DJe: 28/02/2014, p. 3-4, grifo nosso).

O último julgado analisado mostra-se também extremamente relevante para a observância da violência obstétrica, uma vez que a partir da análise do inteiro teor do aresto, constata-se que a parturiente sofreu suposto “erro médico” que ensejou o retardamento do parto causando-lhe lesões corporais, bem como submetendo a filha recém-nascida a “encefalopatia hipóxica isquêmica”<sup>138</sup>, ante a prolongada privação de oxigênio, causando-lhe gravíssima lesão cerebral, tida por irreversível, fazendo com que a menor dependa de cuidados médicos especializados por toda a vida.

É de causar estupefação e incredulidade eventos que narrados pela parturiente parecem ocorridos na idade média e não numa casa de saúde em pleno século XXI. **Chegar num hospital às quatro horas da manhã sentindo dores de parto e somente ser o atendimento realizado à uma e meia da madrugada do dia seguinte; ou ainda permanecer com dores agonizantes durante todo esse tempo e ter que suplicar a presença de um médico para assistência sem conseguir; ou ficar depois do parto com forte mau cheiro em regiões íntimas e desta forma ser mandada para casa; ou ser submetida a indiscriminados exames de toques, inclusive em pé, sendo alvo de ironia; ou ter efetuada tricotomia em partes íntimas de forma agressiva e aviltante; ou ver realizado parto a destempo, apesar dos clamores,** gerando como consequência o nascimento de filha com lesão cerebral permanente impeditiva de uma vida normal à genitora e ao rebento, tudo isso são alegações que acaso comprovadas revelam o total descompromisso com a vida humana por quem a perpetrou, nada deixando a dever aos praticantes de torpes crimes que se encontram encarcerados em penitenciárias. (STJ, RECURSO ESPECIAL Nº 1.195.656 – BA, Relator: Min. Massami Uyeda, Terceira turma, julgado em: 16/08/2011, DJe: 30/08/2011, p. 5, grifo nosso).

No caso em tela, mais de uma situação caracterizadora da violência obstétrica pode ser observada: excessivos exames de toque; violência psicológica mediante ironia, humilhações, demora demasiada no atendimento da parturiente e descaso, além de tricotomia agressiva e aviltante, culminando na lesão cerebral da recém-nascida. Esse acórdão remete ao pensamento do historiador Jacques Gélis ao afirmar que “O nascimento não se restringe a um

<sup>138</sup> Conforme Takazono e Golin (2013), a encefalopatia hipóxica isquêmica constitui a consequência mais grave da asfixia perinatal, sendo causadora de sequelas neurológicas. Ocorre em recém-nascido (RN) a termo ou pré-termo tardio ( $\geq 36$  semanas) e caracteriza-se por desconforto respiratório, apneia, alteração do nível de consciência, depressão dos reflexos e do tônus muscular e presença de convulsões.

ato fisiológico, mas testemunha por uma sociedade, naquilo que ela tem de melhor e de pior” (*apud* MOTT, 2002, p. 399).

Primeiramente observa-se em todos os casos, a premente vulnerabilidade da mulher diante da estrutura de um poder hierárquico e patriarcal em que se negligencia por completo a subjetividade das pacientes nas instituições de saúde, que são tratadas frequentemente como meros objetos de intervenção. Secundariamente, esta mesma subjetividade é silenciada na maioria dos julgados apresentados, daí considerar-se que “o Sistema de Justiça, embora consagrado como um Sistema neutro, imparcial e promotor de paz social pode frequentemente concorrer para reproduzir e revitimizar violências através de suas decisões” (SILVA; MADUREIRA; MANSO, 2016), uma vez que mesmo havendo indenizações diante das lesões empreendidas, o fenômeno da violência obstétrica e as vozes das mulheres permanecem silentes nas decisões judiciais.

O trauma decorrente das situações de violência obstétrica experienciado pelas parturientes é tão potencial que em notícia veiculada na internet<sup>139</sup> (ARREGUY, 2017), uma mulher depois de ter sofrido violência obstétrica em um parto anterior e temendo pelos mesmos maus-tratos na nova gestação resolveu levar uma arma para o parto, sendo detida por porte ilegal de armas após a realização da cesárea e passando 21 dias no Centro de Detenção Provisória (CDP) Feminino de Franco da Rocha, na Grande São Paulo. Afastada do filho recém-nascido, que só pôde conhecer ao obter o direito de responder ao processo em liberdade, disse ter vivido “uma tragédia”.

No parto anterior no qual afirma ter sofrido violência obstétrica, a parturiente relatou ter ficado sozinha no ambulatório de um hospital da rede pública sentindo dores e sem acompanhamento de médicos e enfermeiros, tendo caído da maca com a barriga voltada para o chão e sem que ninguém verificasse o estado dela e do bebê mesmo após a queda. Durante o parto, uma enfermeira teria se debruçado sobre sua barriga para pressionar a saída do bebê (manobra de Kristeller). A criança nasceu de parto normal e sem sequelas, mas a mãe, por sua vez, ficou muito abalada e em decorrência da premente violência psicológica ficou semanas sem conseguir levantar da cama. A parturiente afirma que levou a arma ao hospital não com a intenção de ameaçar os profissionais, mas sim com o intuito tirar a própria vida por não aguentar passar novamente pelos mesmos maus-tratos e relatou que caso não conseguisse a realização da cesariana, pretendia cometer suicídio.

---

<sup>139</sup> Notícia veiculada no site O globo.

No subtópico posterior, apresenta-se as entrevistas realizadas com os desembargadores cíveis do TJMA no intuito de analisar as percepções destes acerca da problemática da violência obstétrica.

### **6.3 Apresentação e discussão de entrevistas semiestruturadas realizadas com os desembargadores cíveis do TJMA**

A fim de efetuar exploração temática interpretativa complementar aos dados obtidos pelos acórdãos analisados realizou-se entrevistas semiestruturadas com o universo total dos desembargadores cíveis do Tribunal de Justiça do Maranhão de modo a apreender as perspectivas argumentativas dos sujeitos pesquisados com relação à temática abordada.

O TJMA é composto por 5 (cinco) câmaras isoladas cíveis, cada uma formada por 3 (três) desembargadores e presidida por um deles, totalizando 15 (quinze) desembargadores cíveis atuantes. Além de considerar o universo total dos desembargadores entrevistados, o presente estudo englobou também o presidente e a corregedora do tribunal, considerando-se a especificidade e representatividade de seus cargos, perfazendo o total de 17 (dezesete) sujeitos pesquisados.

Considera-se de máxima importância que se detalhe a inserção pesquisadora em campo, especialmente retratando os fatores facilitadores e dificultadores para a realização das entrevistas, de modo que se possa refletir sobre os mesmos ao longo da exposição do tema em questão e da contribuição que eles possam estar tendo para que se mantenha a invisibilidade que acompanha o fenômeno da violência obstétrica junto ao Poder Judiciário.

A fase de coleta das entrevistas foi realizada no período de 20/06/2017 a 04/08/2017, indo a pesquisadora presencialmente no mínimo 3 (três) vezes em cada gabinete; em 3 (três) gabinetes, particularmente, houve mais dificuldade para obtenção dos dados, sendo realizadas 12 (doze), 8 (oito) e 7 (sete) visitas presenciais, respectivamente. Além disso, para estes gabinetes, especificamente, foram realizadas semanalmente no mínimo 4 (quatro) ligações telefônicas a fim de viabilizar o contato presencial com os desembargadores ou ainda solicitar um retorno das entrevistas que haviam sido respondidas em meio físico.

Preliminarmente realizou-se uma visita em todos os gabinetes a fim de apresentar o requerimento (Apêndice 1) contendo informações sobre o escopo da pesquisa aos entrevistados; em um segundo momento a pesquisadora esteve presencialmente em todos os gabinetes a fim de marcar uma possível data para aplicação da mesma. Foram realizados 11 (onze) contatos presenciais com os próprios desembargadores, sendo 7 (sete) realizados por meio de agendamento presencial nos gabinetes e 4 (quatro) realizados através da visita aos

gabinetes nos dias determinados sem necessidade de agendamento, a fim de obter um contato pessoal com os magistrados; em 6 (seis) gabinetes houve contato da pesquisadora apenas com os assessores dos desembargadores, apesar das tentativas de contato pessoal realizadas.

Dos 11 (onze) desembargadores que receberam presencialmente a pesquisadora, 5 (cinco) concordaram em responder a entrevista por meio oral e 7 (sete), justificando terem uma agenda atribulada, preferiram realizar a entrevista por meio físico e entregar suas respostas por escrito. Destes, 4 (quatro) enviaram as respostas por e-mail e 3 (três) as entregaram em meio físico, através dos assessores nos próprios gabinetes; 1 (um) desembargador após a entrega do requerimento e conversa particular presencial ponderou que responderia a entrevista em meio físico, entretanto entrou de férias e não apresentou as respostas.

Dos atores pesquisados, 2 (dois) conhecendo o escopo da pesquisa e seus objetivos, negaram-se a participar, comunicando a decisão por meio dos seus assessores, justificando a recusa no sentido de não terem julgado nenhum caso referente à temática, e, portanto, nada tendo a declarar a respeito do assunto, não obstante a explicação de que a entrevista não versava sobre questões procedimentais, mas sim sobre uma exploração dos posicionamentos e compreensão dos magistrados acerca do assunto; 1 (um) sujeito pesquisado declinou da participação justificando estar distante da atuação jurisdicional em virtude de novos trabalhos empreendidos na esfera do tribunal; em apenas 1 (um) gabinete não foi possível a obtenção de resposta quanto à viabilidade ou não da entrevista, tendo em vista que inicialmente o desembargador estava de férias, posteriormente estava com a agenda atribulada e por fim estava adoentado, sem comparecer ao gabinete. O quadro abaixo sintetiza a categoria de atores analisados durante a pesquisa e o modo como responderam à entrevista:

Tabela 4: Quantitativo de atores analisados e como responderam à entrevista

| Total de sujeitos pesquisados | Total de sujeitos entrevistados        | Recusa na participação | Não obteve-se resposta | Não entregou as respostas |
|-------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| 17                            | 12 (7 em meio físico e 5 em meio oral) | 3                      | 1                      | 1                         |

Fonte: Autora, 2017

Importante ponderar que todos os desembargadores entrevistados solicitaram previamente o escopo da entrevista antes de ceder as respostas em meio físico ou oral. Antes de cada entrevista oral, mais uma vez ressaltou-se a finalidade da mesma, expressando os objetivos e a importância da colaboração pessoal para a pesquisa, bem como o esclarecimento acerca da confidencialidade das identidades dos entrevistados no momento da apresentação

dos dados colhidos ao longo da mesma. Posteriormente, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sobre a pesquisa (Apêndice 3), sendo o mesmo assinado em duas vias pela pesquisadora e pelo sujeito pesquisado, ficando uma via em posse de cada um destes.

Os dados foram colhidos por meio de gravação através de um aparelho celular, com o conhecimento e consentimento do entrevistado. Após a gravação, os áudios foram transcritos integralmente utilizando a plataforma *dictanote*<sup>140</sup> e uma vez concluída a transcrição das entrevistas, as mesmas foram revisadas a fim de preservar todas as informações contidas.

A fim de caracterizar os sujeitos pesquisados foram realizadas perguntas aos informantes da pesquisa, quanto ao gênero, idade e tempo de magistratura. Dos 12 (doze) sujeitos entrevistados, 10 (dez) são do gênero masculino e 2 (dois) do gênero feminino, com idades entre 50 (cinquenta) a 63 (sessenta e três) anos e tempo de atuação entre 4 (quatro) a 38 (trinta e oito) anos. Optou-se por não detalhar estas informações, refinando os dados obtidos, a fim de não tornar possível identificar os sujeitos entrevistados.

Considerando-se que a entrevista possibilitou recolher dados descritivos na linguagem dos sujeitos pesquisados, permitindo que a pesquisadora desenvolvesse uma ideia acerca da maneira como esses sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN; BIKLEN, 2010), tomou-se por base as próprias perguntas realizadas durante a entrevista, para a elaboração de uma única categoria inicial para as respostas, denominada “percepção dos entrevistados sobre a violência obstétrica”, desdobrando-a, posteriormente, em 5 (cinco) categorias intermediárias que emergiram das próprias perguntas realizadas: I. Caracterização do fenômeno de violência obstétrica; II. Extensão dos danos em violência obstétrica; III. Compreensão sobre direitos violados em casos de violência obstétrica; IV. Atuação da magistratura diante da prática de violência obstétrica e V. Outros apontamentos relevantes sobre a temática.

Durante a análise das entrevistas, visando evidenciar a voz dos sujeitos pesquisados, utilizou-se além das unidades de registro, as unidades de contexto. Assim sendo, as unidades de contexto corresponderam às próprias respostas dos desembargadores às perguntas realizadas, contextualizando as unidades de registro apresentadas. A escolha pela categorização das respostas emitidas pelos informantes chave utilizando unidades de registro e unidades de contexto colaborou para que a análise das falas dos sujeitos fizesse emergir as

---

<sup>140</sup> Consiste em um software de reconhecimento de fala que a partir do ditado transcreve as falas para o formato de texto.

suas argumentações e inquietações. Enfatiza-se ainda que em alguns casos, devido às repostas similares emitidas pelos sujeitos pesquisados a uma dada pergunta, agrupou-se mais de uma unidade de contexto em apenas uma unidade de registro.

Nesse sentido, a fim de averiguar a concepção dos desembargadores acerca do objeto pesquisado foi realizada uma exploração temática acerca do tema envolvendo cinco perguntas (Apêndice 2). A primeira categoria intermediária formada, denominada “caracterização do fenômeno da violência obstétrica” adveio da primeira pergunta realizada durante a entrevista: **“O que Vossa Excelência compreende por violência obstétrica?”**. A partir da formação da categoria pretendeu-se analisar como os atores compreendem a violência obstétrica enquanto violência contra a mulher sob uma perspectiva de violência de gênero e também como uma violência institucional, envolta por relações de poder. Os principais excertos das respostas dos sujeitos pesquisados foram evidenciados nas unidades de contexto.

Quadro 8: Formação da categoria intermediária I

| <b>CATEGORIA INICIAL: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Categoria intermediária</b>                                                     | <b>Unidades de registro</b>                                                     | <b>Unidades de contexto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>I.<br/>Caracterização do fenômeno de violência obstétrica</b>                   | Expressão ilustrativa de conceito normativo/doutrinário de violência obstétrica | “Segundo o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, a violência contra a mulher deve ser entendida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher”. Nesse contexto, a violência obstétrica enquadra-se como abuso contra os direitos da mulher durante a gestação e o parto (...) uma conduta essencialmente desumana dos profissionais de saúde durante o parto e os instantes que o antecedem e o sucedem”.                                                                                                        |
|                                                                                    |                                                                                 | “Violência obstétrica são agressões físicas, verbais e não verbais praticadas contra a gestante e a parturiente por profissionais de saúde”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                    |                                                                                 | “Entendo por violência obstétrica o desrespeito à condição de sujeito de direito da mulher em gestação ou situação de parto, como nos casos de maus tratos físicos e psicológicos praticados por profissionais que promovam o atendimento pré-natal, do parto e perinatal”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                    |                                                                                 | “(…) A violência obstétrica acontece, por exemplo, quando: O profissional de saúde nega atendimento ou deixa de oferecer alívio para as dores à mulher grávida, ou durante o parto; Não presta informações suficientes sobre procedimento médico que será realizado; Impede que a mulher escolha livremente e com segurança a forma ou local do parto, quando, por exemplo, obriga a mulher a se submeter a cesariana por interesse ou conveniência do profissional da área da saúde, sem considerar a vontade da mulher; Agressão verbal e física por parte do profissional de saúde; Impedir a entrada de acompanhante durante o parto”. |

|  |                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                           | <p>“Bom... na verdade assim, em termos técnicos falando, médico, eu avalio que seja toda as circunstâncias todos os fatos que acontecem em torno de um parto, desde o trabalho de pré-natal até o parto propriamente dito...que possam transgredir as regras normais de atendimento que acabam incorrendo em alguma conduta de dano ou de crime, todas elas que ocorram nesse período aí”.</p> <p>“Bem eu acho que é todo ato praticado por agente de saúde, aí nesse caso eu envolvo médicos, enfermeiros, técnicos... de forma não humanizada no corpo e também em processos reprodutivos da mulher”.</p> <p>“É toda conduta abusiva dirigida à parturiente, seja através de ofensas verbais quanto de outra ordem (psicológica, física, maus tratos)”.</p> <p>“Toda e qualquer forma de ato antijurídico, gerador de dano psicofísico ou anímico, ou simplesmente contrário aos deveres laterais ou anexos de conduta, decorrentes da incidência da cláusula geral da boa-fé objetiva, em todas as fases da relação estabelecida entre o médico/corpo auxiliar/clínica ou hospital e a paciente e sua família”.</p> |
|  | Expressão ilustrativa de consideração da perda de autonomia da mulher nas práticas de violência obstétrica como relevante | “Compreendo a violência obstétrica como toda e qualquer forma de tratamento desumano dispensado à mulher quando da assistência ao parto que, fazendo-lhe perder a autonomia sobre o seu próprio corpo, impacta-lhe negativamente a vida, a exemplo de agressões físicas, torturas psicológicas, comentários ofensivos, discriminações racial e socioeconômica, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas, posição ginecológica de portas abertas, exames de toques sucessivos e por diversas pessoas, impedimento quanto à escolha da forma e local do parto, abuso de medicamentos, proibição de acompanhantes, etc, que fazem com que muitas passem a rejeitar o próprio corpo, tal como se vítimas de violência sexual, e não desejem novas gestações”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|  | Descaracterização ilustrativa de percepção da violência obstétrica, reduzindo-a a erro médico                             | “Olha...na realidade, eu quando o juiz, eu já havia julgado um caso interessante que foi o esquecimento de uma compressa no interior do abdômen de uma mulher (...) com relação a situação de violência obstétrica esse termo não é um termo usual do Poder Judiciário, nós não temos esse vernáculo como sendo usual do Poder Judiciário, nós globalizando é apenas um erro médico, quer dizer qual erro médico e o que aconteceu”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|  | Expressão ilustrativa da naturalização da violência obstétrica, estabelecendo seu seu liame com a violência institucional | “Eu tenho impressão que até por falta de conscientização das mulheres, tanto no período pré-natal como no período do parto, embora que sofram essas violências por parte do médico ou da equipe médica, porque acham que até talvez por uma questão cultural seja um procedimento normal aquilo que eles fazem com a parturiente, ela não está consciente dos seus direitos, ela acha que tudo é procedimento médico do parto e às vezes pela dor que ela está sentindo, pela ansiedade... ela não chega a se conscientizar disso... daí talvez seja a dificuldade das demandas chegarem até ao poder judiciário. (...) São vários fatores que contribuem para isso mas também a própria estrutura do hospital na maternidade... E aí porque também a demanda é muito grande e às vezes a equipe médica já está muito estressada com o volume de trabalho e às vezes então sai de uma sala de parto para outra, então tudo isso contribui para que tenham esse tipo de reação, esse tipo de manifestação”.                                                                                                             |
|  | Expressão ilustrativa de compreensão da violência obstétrica como violência de                                            | “Apesar de ser um termo que me surpreende pela sua inovação essa terminologia, mas entendo que é toda aquela violência que ofende a integridade física da mulher e seu funcionamento obstétrico, é uma tautologia dizer, mas é nesse sentido assim...”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|  |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | gênero. | ofende a reprodução, ofende o fluxo normal da sua atividade feminina, principalmente na gravidez no parto, podendo inclusive ofender a dignidade da parturiente, da mulher, como gênero da mulher, com paciente no respeito ao seu direito de informação, respeito a sua pessoa no sentido principalmente ético de alteridade o médico ouvir o outro o respeito pelo outro como paciente e como portador de todo esse conjunto de direitos”. |
|--|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Autora, 2017

Na primeira unidade de registro intitulada “expressão ilustrativa de conceito normativo/doutrinário de violência obstétrica”, agrupou-se as falas de oito sujeitos pesquisados, observa-se que o conceito de violência obstétrica predominantemente apresentado pela maioria dos entrevistados, salvo o explicitado pelo primeiro entrevistado, ainda está pouco elaborado para os julgadores, chegando a ser naturalizado, ou justificado por um dos entrevistados, ou descaracterizado em suas especificidades, associado meramente a erro médico, apenas eventualmente associando-se este tipo de violência à violência institucional e/ou de gênero.

A compreensão reducionista prioritária do fenômeno em questão na fala da maioria dos entrevistados representa o discurso de neutralidade do Direito (Machado, 2005). Cabe ressaltar que o paradigma jurídico reproduzido nas universidades, por exemplo, não permite ao juiz desenvolver a habilidade interpretativa do Direito de modo a atender a novas demandas sociais, mantendo-se o manejo jurídico dos fenômenos da pós-modernidade e restringindo-os quase que exclusivamente à aplicação das normas de forma dedutivista lógico-formal, mediante um simples processo de subsunção que é caracterizado como a adequação do fato à norma (FILHO, 2013).

Este “senso comum jurídico” reforça a preferência dos magistrados pela reprodução mecânica da legalidade, em detrimento da reflexão crítica aplicada aos novos fenômenos sociais, comumente descaracterizando-os, ou seja, esvaziando-lhes de sentido, o que pode ser objetivamente observado através da análise crítica de peças processuais diversas como petições de defensores e advogados, pareceres ministeriais, decisões e sentenças judiciais, que, em suma, na melhor das hipóteses, reafirmam a ilusória neutralização do Direito, subserviente a um pensamento acrítico ante às novas tendências que produzem o saber jurídico, além de colaborar para a sedimentação da idealização reducionista da mera aplicação da norma (MACHADO, 2005).

Seguem abaixo, considerações acerca de quatro respostas de entrevistados à primeira questão proposta na entrevista semiestruturada que trazem novos elementos de análise e de categorização para as suas falas.

Destaca-se, na conceituação de violência obstétrica de um dos informantes, cujo conceito de violência obstétrica apresentado deu origem à categoria “expressão ilustrativa de consideração da perda de autonomia da mulher nas práticas de violência obstétrica como relevante”, em que o magistrado cita exemplos de violações que perpassam pelos cinco tipos de violência evidenciados no marco teórico conceitual do presente estudo: negligência, abuso físico, sexual, verbal e psicológico e aponta que a perda de autonomia da mulher sobre o seu corpo impacta significativamente a sua vida, evidenciando ainda considerar a rejeição do próprio corpo como sendo uma sequela possível da violência obstétrica, estando seu discurso aproximado às falas das próprias vítimas, que, por sua vez, comumente se aproximam das falas de vítimas de abuso sexual, conforme se depreende do depoimento de Ana Paula Garcia no documentário “Violência Obstétrica: a voz das brasileiras” (ZORZAM et al., 2012) acerca da episiotomia:

[A episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...e [desconforto] psicológico...eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região...Então me afetou bastante essa episiotomia. Eu me senti violada, violentada. [...] quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo...” (ZORZAM et al., 2012, grifo nosso)

Considere-se ainda que a fala de um dos entrevistados, geradora da unidade de registro “descaracterização ilustrativa de percepção da violência obstétrica, reduzindo-a a erro médico”, evidencia uma compreensão muito habitual presente nos julgados de violência obstétrica: a minimização da violação reduzindo-a a uma discussão acerca da responsabilidade civil dos hospitais, profissionais de saúde, Poder público e planos de saúde, associando o caso ao erro médico. O mesmo informante entrevistado também evidencia a invisibilidade do fenômeno perante o Judiciário ao esboçar que “esse termo não é um termo usual do Poder Judiciário”, o que consequentemente associa-se à falta de divulgação do tema e à naturalização da prática, dificultando o acesso à justiça pelas parturientes que tiveram seus direitos violados.

Também merece destaque a fala do entrevistado que deu origem à unidade de registro “expressão ilustrativa da naturalização da violência obstétrica, estabelecendo seu liame com a violência institucional”. O magistrado, de modo mais crítico e demonstrando melhor dominar o conceito de violência obstétrica, não apenas ressalta a naturalização das práticas de violência obstétrica, como propõe ainda uma reflexão da temática pertinente à

violência institucional em decorrência de problemas estruturais e físicos dos hospitais associados à carga excessiva de trabalho médico.

Em estudo realizado por Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), intitulado “Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde” apontou-se como dificuldades enfrentadas cotidianamente pelos entrevistados médicos, a sobrecarga de demandas, as condições estruturais insatisfatórias de trabalho, além da precariedade de recursos materiais e humanos, sendo as dificuldades manifestas desde a falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias de parto até a proibição de acompanhantes homens na sala de pré-parto, em virtude da falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes.

Por fim, mas igualmente importante, é o destaque ao conceito de violência obstétrica emitido por um dos entrevistados que deu origem à categoria “expressão ilustrativa de compreensão da violência obstétrica como violência de gênero”. O informante em questão afirma que a violação “(...) — ofende o fluxo normal da atividade feminina” e aponta a violação da dignidade da parturiente na condição de mulher como sujeito de direitos, além de evidenciar o desrespeito ao direito de informação, demonstrando possuir uma percepção ampliada do fenômeno estudado.

Conforme apontado por Schraiber (2008) o ideal de uma boa assistência equivocadamente deixa de ser pautado na qualidade ética da interação entre profissionais e pacientes e na confiança como resultado dessa interação para se basear no maior acesso à tecnologia, que representa um bem em si.

No caso da assistência a um episódio geralmente fisiológico, como o parto, fica mais evidente a impossibilidade de substituição da ética das relações pelo acesso à tecnologia, já que o fim do cuidado como valor maior abre espaço para o exercício da violência e coloca em risco, além da saúde das mulheres e crianças, a própria prática médica (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2294).

Posteriormente, a fim de vislumbrar a compreensão dos entrevistados sobre os danos tipificados nas condutas de violência obstétrica, elaborou-se a segunda categoria intermediária denominada “extensão dos danos em violência obstétrica”, obtida a partir da segunda pergunta: **“Quais espécies de danos Vossa Excelência considera que podem ser indenizáveis nessa modalidade de violência?”**. A partir desse questionamento intencionou-se verificar se os entrevistados compreendem a extensão dos danos iatrogênicos na prática, que conforme demonstrado no decorrer do trabalho, estende-se a cinco categorias: negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso sexual e abuso psicológico.

Quadro 9: Formação da categoria intermediária II

| <b>CATEGORIA INICIAL: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Categoria intermediária</b>                                                     | <b>Unidades de registro</b>                                                                                                     | <b>Unidades de contexto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>II. Extensão dos danos em violência obstétrica</b>                              | Percepção ilustrativa que demonstra uma concepção normativa de tipificação da conduta                                           | “Essa pergunta exige a análise do caso concreto para ser respondida. É perigoso enumerar hipóteses que possam ser indenizáveis, uma vez que o mesmo fato pode ter diversas interpretações e particularidades que, por exemplo, excluam a responsabilidade do agente. Assim, em tese, uma discussão acalorada entre a gestante e uma enfermeira minutos antes do parto pode ser indenizável moral e até mesmo materialmente, a depender dos danos (...)”.                                                                                                                                                                      |
|                                                                                    |                                                                                                                                 | “Danos materiais, mas acima de tudo, danos morais. É o que eu vejo mais (...)”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                    |                                                                                                                                 | “Os danos físicos e morais ocasionados à mulher, decorrentes de uma conduta indevida, inapropriada e, portanto, ilícita, que extrapolem o mero dissabor e aborrecimento”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                    | Associação ilustrativa da violência obstétrica a diversas espécies de danos                                                     | “Os capazes de caracterizar dano psicofísico (dano biológico ou corporal) ou anímico (dano moral em sentido estrito) puro (sem reflexo patrimonial) ou impuro (com reflexo patrimonial)”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                    | Percepção ilustrativa que explicita ser possível a ocorrência de danos estéticos em função das práticas de violência obstétrica | “Danos físicos, como cicatrizes, lesões, por procedimentos incorretos ou mal realizados são passíveis de causar dano estético; os danos psicológicos podem ser indenizados na modalidade de dano moral; e eventuais reflexos patrimoniais desses dois tipos de danos podem ser indenizados na modalidade de dano material”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                    |                                                                                                                                 | “(...) todo e qualquer dano material e à integridade física e psicológica da gestante/parturiente pode ser objeto de indenização, inclusive atentando-se para o fato de se poderem cumular as reparações por danos morais e estéticos, estes últimos decorrentes de lesões permanentes suportadas pela vítima, ainda que originários do mesmo fato, os quais, na espécie da violência obstétrica, podem resultar, por exemplo, de episiotomia feita de forma indiscriminada (de rotina), onde cortes cirúrgicos na região genital para retirada do bebê são feitos sem a devida técnica, cautela ou autorização da gestante”. |
|                                                                                    | Percepção ilustrativa que valoriza os aspectos emocionais advindos dos danos obstétricos                                        | “A mulher se preparou por meses para o momento do parto, era para ser emocionante e memorável com a emoção da chegada do filho, pela prática de violência obstétrica praticada por quem deveria auxiliar de forma ética e profissional durante o parto, deve ser passível de indenização por dano moral”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                    |                                                                                                                                 | “Os danos sempre trazem traumas então pode ser que a mulher tenha um abalo emocional, um abalo psicológico que é muito forte e que fique marcando para o resto da vida, entendeu? Então uma coisa que fica com ela, que fica guardado...então isso pode ocorrer no caso de danos morais. Danos materiais não porque às vezes é no hospital público e não tem essas despesas todas, mas a situação do problema é mais a nível de danos morais do que danos materiais”.                                                                                                                                                         |
|                                                                                    |                                                                                                                                 | “Porque existem vários tipos de danos: dano material, o dano moral e dano estético. Eu acredito que nesses casos sendo caracterizada, configurada a violência obstétrica e advindo daí, por exemplo, um prejuízo à parturiente, por exemplo, ela ficou lesionada, teve que comprar medicação gastou o dinheiro com tratamento, aí cabe dano material. Advindo daí, vem a questão do                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                       | dano moral, porque é toda uma situação que vai influenciar no psicológico dela, que altera o psicológico dela, a partir do momento que ela não é informada sobre os procedimentos que poderão ser feitos, as consequências... Isso consequentemente influencia no psicológico dela por causa dos resultados que a constrangeram ou às vezes ela é até coagida a aceitar aquele determinado procedimento assim mediante ameaça (...) com aquelas linguagens bem chulas bem rasteiras que geralmente os agentes de saúde utilizam (...) que diz “na hora de fazer você não gritou... você não procurou o conhecimento das consequências, agora tá aqui... você tem que aceitar do jeito que a gente quer, do jeito que a gente deve determinar”. Então isso é dano moral, é toda ação, toda situação que ela fica muito vulnerável, o sinal que coloca a parturiente em constrangimento...porque essas ações alteram o psicológico da pessoa. (...) essa violência psicológica eu considero até mais grave porque ela permeia os outros tipos de violência, ela está na violência física, ela está na violência patrimonial, ela está na violência moral... Então ela permeia todos esses tipos de violência e ao longo do tempo essa violência vai se tornando mais visível, e além desse dano moral e dano material que eu coloquei existe também o dano estético (...)”. |
|  |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  | Demonstração da ampliação dos danos à figura do neonato e possibilidade da aplicação da teoria da perda de uma chance | “Dentre os danos extrapatrimoniais, entendo serem passíveis de reparação – de acordo com a configuração do caso concreto – os danos morais, danos estéticos e, em caso de perda do bebê com danos ao aparelho reprodutor da mulher, vislumbro ser possível a aplicação da teoria da perda de uma chance”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  | Destaque ilustrativo ao respeito à autonomia da mulher face à ocorrência de violência obstétrica                      | “Olha nessa modalidade, eu acho que qualquer situação é uma violência à mulher a partir do momento em que a sua autonomia não é respeitada, desde a chegada ao hospital (...)”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|  | Percepção ilustrativa de associação dos danos ao erro médico                                                          | “O erro médico que abrange a imperícia ostensiva e os danos morais que se configuram os efeitos principalmente nas sequelas trazidas por esses erros materiais”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Fonte: Autora, 2017

Na primeira unidade de registro “percepção ilustrativa que demonstra uma concepção normativa de tipificação da conduta”, percebe-se através das falas dos sujeitos, uma compreensão da extensão dos danos que demonstra uma concepção normativa da tipificação da conduta postulada a partir dos danos materiais e/ou morais.

A partir da segunda unidade de registro “associação ilustrativa da violência obstétrica a diversas espécies de danos” expressa-se uma resposta do sujeito entrevistado que abarca o chamado dano biológico oriundo do ordenamento jurídico italiano que se caracteriza por ser um dano não patrimonial em decorrência de uma lesão da integridade psicofísica ou lesão do bem jurídico saúde. Pondera-se que o dano biológico não é propriamente um dano moral, conquanto seja, como este, um dano imaterial ou extrapatrimonial, mas compreendido como um dano à saúde extrapatrimonial indenizável (ALMEIDA NETO, 2005). Depreende-

se da citação abaixo que essa espécie de dano se assemelha ao dano psicológico enquanto lesão à saúde da vítima:

[...] enquanto no dano moral são enquadráveis sofrimentos morais, tais como a angústia, a tristeza e outros estados de alma, no dano biológico a lesão psíquica terá de estar associada a uma patologia medicamente determinada. [...] No conceito de dano biológico cabem as dores físicas e as mazelas provocadas pela lesão e ainda o sofrimento psíquico quando associado a uma patologia, também chamado de dano psíquico ou dano biológico de natureza psíquica (QUEIROZ, 2013, p. 17; 34).

Importante ainda considerar que o dano moral diverge do dano psicológico, enquanto que o primeiro embora implique em sofrimento não produz nenhuma patologia, o segundo para se concretizar requer a presença de uma patologia a ele relacionada (GOMES; SANTOS; SANTOS, 1998).

A terceira unidade de registro, aponta falas dos sujeitos entrevistados acerca da possibilidade dos danos estéticos decorrentes das condutas de violência obstétrica. Esta espécie de dano constitui-se como um direito personalíssimo e caracteriza-se quando a ofensa atinge a integridade física da pessoa, causando-lhe deformidades, divergindo-se do dano moral e podendo haver cumulação conforme a súmula 387 do STJ<sup>141</sup>. Nesse sentido postula Cavalieri Filho que:

Inicialmente ligado às deformidades físicas que provocam aleijão e repugnância, aos poucos passou-se a admitir o dano estético também nos casos de marcas e outros defeitos físicos que causem à vítima desgosto ou complexo de inferioridade – como, por exemplo, cicatriz no rosto da atriz, manequim ou ator (2012, p. 113).

Nesse sentido, as marcas em decorrência de uma episiotomia, por exemplo, podem ser passíveis de indenização em decorrência dos danos estéticos, podendo ainda ser cumulada com os danos psicológicos ou ainda os morais, a depender do caso concreto. Para Souza

O dano estético é aquele que agride a pessoa nos seus sentimentos de autoestima, prejudicando a sua avaliação própria como indivíduo [...] mesmo as deformidades em áreas íntimas da pessoa que, dificilmente, nas situações sociais estejam expostas à vista de terceiros, caracterizam o dano estético já que a presença de alterações físicas, mesmo que diminutas, têm conscientizada sua presença pelo portador e sabe este que em situação de maior intimidade com outras pessoas as mesmas aflorarão, tornar-se-ão visíveis. Isto lhe traz um indizível sofrimento interno, psicológico (2006, p. 55).

---

<sup>141</sup> É lícita a cumulação das indenizações de dano estético e moral.

Na quarta unidade de registro denominada “percepção ilustrativa que valoriza os aspectos emocionais advindos dos danos obstétricos”, percebe-se três respostas que enfatizam mais predominantemente as emoções experimentadas no momento do parto e os sofrimentos que podem advir das práticas violadoras. Em alguns trechos das entrevistas em questão é possível perceber a ênfase dos entrevistados em virtude dos aspectos anímicos da violência obstétrica:

“— Os danos sempre trazem traumas, então pode ser que a mulher tenha um abalo emocional, um abalo psicológico que é muito forte e que fique marcado para o resto da vida, entendeu?” . Ou ainda:

“— Essa violência psicológica eu considero até mais grave porque ela permeia os outros tipos de violência”.

Observe-se que a fala deste entrevistado evidencia conteúdos discutidos em capítulos anteriores, no sentido de evidenciar que a violência psicológica permeia as outras violências e é tão iatrogênica quanto a modalidade de cunho físico, por exemplo.

Também merece destaque outra ponderação de um dos entrevistados que evidencia a percepção do dano da violência obstétrica como alcançável ao neonato, uma vez que dependendo da potencialidade da lesão pode resultar em dano permanente ou morte. Dos 36 (trinta e seis) acórdãos analisados em 35 (trinta e cinco) houve lesões ao neonato em decorrência de violência obstétrica em alguma das categorias, resultando em 5 (cinco) mortes, corroborando para o entendimento da violência obstétrica associada ao aumento da mortalidade neonatal, conforme ponderado em capítulos anteriores.

A resposta do sujeito pesquisado também merece destaque ao fazer menção à teoria da perda de uma chance que consiste na interrupção por um determinado fato antijurídico de um processo que propiciaria à pessoa possibilidade de obtenção de um futuro benéfico e promissor, mas a vantagem futura foi frustrada, havendo possibilidade de reparação do dano, quando estiverem reunidos os demais pressupostos da responsabilidade civil (GONÇALVES, 2015).

Nesse sentido, a teoria pode ser vislumbrada nos casos de violência obstétrica quando em decorrência do dano, a mãe ou o neonato perdem a oportunidade de conquistar alguma vantagem ou evitar algum prejuízo, ou seja, em virtude do ato ilícito a vítima perde a oportunidade de obter uma situação futura melhor. Dos 36 (trinta e seis) acórdãos analisados, a teoria foi citada em dois casos.

Posteriormente, a fala “— eu acho que qualquer situação é uma violência à mulher a partir do momento em que a sua autonomia não é respeitada, desde a chegada ao

hospital (...)” evidencia o respeito de um dos informantes à autonomia da parturiente como fator significativo a ser observado nas práticas violadoras de atenção ao parto.

Por fim, a última unidade de registro traz mais uma vez a violência obstétrica associada ao erro médico, questão já discutida nos subtópicos anteriores.

Dando prosseguimento à categorização dos dados colhidos ao longo das entrevistas, formou-se a terceira categoria intermediária denominada “compreensão sobre os direitos violados em casos de violência obstétrica”, obtida a partir da terceira pergunta: “**Em vossa opinião, quais seriam os limites entre a autonomia dos agentes de saúde (incluindo médicos, enfermeiros, técnicos...) e das parturientes no que tange aos procedimentos a serem realizados durante o parto?**”. Pretendeu-se a partir do referido questionamento, vislumbrar a concepção dos atores entrevistados acerca do princípio da autonomia da mulher frente aos agentes de saúde. Além disso, intencionou-se observar o conhecimento e percepção dos desembargadores acerca da amplitude dos direitos violados durante a violência obstétrica.

Quadro 10: Formação da categoria intermediária III

| CATEGORIA INICIAL: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA     |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria intermediária                                                         | Unidades de registro                                                                         | Unidades de contexto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| III.<br>Compreensão sobre os direitos violados em casos de violência obstétrica | Percepção ilustrativa da mulher como um sujeito dotado de autonomia relativa durante o parto | “(…) a resposta a esta pergunta exige análise do caso concreto para ser adequadamente formulada. (...) Desta feita, sem análise do caso concreto seria imprudente afirmar, <i>exempli gratia</i> , que a mulher teria o direito de escolher a forma como seu parto seria feito, em detrimento da orientação médica realizada (...)”.                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                 |                                                                                              | “A autonomia deve ser aquela necessária à garantia da saúde e bem estar à parturiente e à criança, de modo a assegurar total integridade de ambas, considerando os conhecimentos técnicos de quem a detém - a equipe de profissionais da saúde”.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                 | Percepção que associa o direito à autonomia ao direito de informação durante o parto         | “(…) entendo que deve ser garantido à mulher o direito de ser orientada e de decidir livremente acerca dos procedimentos a que deseja se submeter, como uma cirurgia cesariana, episiotomia, de modo a preservar sua autonomia, sua intimidade e também sua integridade física e emocional (...)”.                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                 |                                                                                              | “(…) O que reputo importante, em verdade, nessa relação entre os agentes da saúde e as parturientes, são o diálogo e a cautela no uso das técnicas/procedimentos a serem adotados no parto, ressaltando eventuais riscos ou benefícios aos quais estaria exposta a gestante – que, sendo protagonista de sua própria história, pode decidir sobre o seu corpo e ter a liberdade para dar à luz, cabendo ao Estado e aos demais profissionais da saúde apenas fornecer-lhe assistência à saúde adequada, segura, respeitosa e humanizada”. |
|                                                                                 |                                                                                              | “Primeiro, entendo ser necessário o consentimento esclarecido da mulher, para que lhe sejam informadas as possíveis ocorrências durante a gravidez e os procedimentos que poderão ser adotados para atendê-las. Segundo, entendo imprescindível a atuação humanizada dos profissionais, que devem dirigir tratamento respeitoso e paciente à mulher e ao nascituro/recém-nascido. Terceiro, entendo que também deve ser objeto de conscientização                                                                                         |

|  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                 | dos profissionais da área médica as necessidades psicológicas da mulher em situação de parto, para que compreendam a repercussão dos seus atos, já que os temas da saúde mental – ao menos em uma noção empírica – não costumam ser trabalhados na Medicina e Enfermagem”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|  |                                                                                                                 | “Penso que o respeito à autonomia da paciente e seus familiares é quase sempre a resposta menos ruim. Reconheço, todavia, que em termos de medicina nem sempre é possível fixar a priori uma conduta padrão para todos os casos. O médico, em determinadas situações, como as que dizem respeito a tutelados (crianças, idosos e demais vulneráveis), deve ter relativa autonomia. Importante é que o profissional, em todas as fases da relação, cumpra os deveres laterais de informação e esclarecimento, procurando obter o consentimento esclarecido da paciente e de seus familiares”.               |
|  |                                                                                                                 | “Primeiramente a parturiente tem que saber como é o procedimento, a partir do momento que ela tem conhecimento de como vai ser o procedimento do parto, ela pode estabelecer esses limites, ela sabe até onde a equipe médica vai, até onde não vai, até onde ela pode se comportar ou não pode se comportar... se ela ter ignorado totalmente como é que vai ser esse parto fica difícil então estabelecer o limite, ela fica vulnerável na mão da equipe médica”.                                                                                                                                        |
|  |                                                                                                                 | “Já temos de modo mais seguro respeitar o direito do paciente, já falamos claramente em direito do paciente de ter todas as informações que ele requer e que precisa (...) e ter esse cuidado de equilibrar esses dois pontos entre o direito da paciente e aquilo que a recomendação médica sugere”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  | Percepção ilustrativa acerca da importância da autonomia da parturiente, sobressaindo-se sobre a vontade médica | “Ético e técnico. Temos que lembrar que o corpo é da parturiente. Se a mulher e o bebê estão saudáveis, não sofrendo nenhum risco de vida, a grávida tem o direito de escolher o procedimento médico que melhor lhe convém, como parto normal ou cesariana, por exemplo. Assim, a autonomia dos agentes de saúde limita-se à vontade da mulher, devendo ultrapassar essa barreira apenas quando estritamente necessário para salvaguardar a saúde/vida da grávida ou do bebê. A prioridade do profissional deve ser a qualidade do cuidado à parturiente, respeitando os seus direitos e individualidade”. |
|  |                                                                                                                 | “Algumas condutas podem ser justificadas se tiver a vida de uma criança em risco e noutra se não tiver em risco, talvez não se encontre justificativa. Eu acho essa uma linha muito delicada. Mas no geral deve prevalecer a vontade da parturiente”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|  | Percepção ilustrativa que apresenta relatividade com relação a autonomia da mulher                              | “(…) Ela tem que ser exatamente questionada com relação a isso e levada ao seu conhecimento. Determinadas situações (...) Eu entendo que essa autonomia, ela vai bater de frente a partir do momento que esta mulher que está ali não tiver condições e estiver em um estado que vai proporcionar o perigo maior à vida. Houve perigo? Eu acho que aí a autonomia da mulher ela acaba perdendo pelo lado técnico (...) Aí nós vamos ter que relativizar a autonomia da mulher”.                                                                                                                            |
|  |                                                                                                                 | “(…) eu acho que a mulher, a parturiente, tem que ser protagonista de todo esse processo... aí vem a questão do limite que você fala... quando eu digo que ela tem que ser protagonista, ela tem que ser informada, tem que decidir. Mas por outro lado, existe uma limitação desse protagonismo e eu entendo que há essa limitação quando ocorre risco de vida para ela e para o bebê (...)”.                                                                                                                                                                                                             |

Na primeira unidade de registro apontada “percepção ilustrativa da mulher como um sujeito dotado de autonomia relativa durante o parto”, percebe-se através das unidades de contexto, falas que não evidenciam a mulher como um sujeito portador de autonomia, ficando esse direito adstrito aos conhecimentos técnicos oriundos da equipe de saúde, de modo completamente diverso da unidade de registro “percepção ilustrativa acerca da importância da autonomia da parturiente, sobressaindo-se sobre a vontade médica” em que a vontade da mulher foi evidenciada em primeiro plano.

Observe-se que essa disparidade de compreensão merece destaque, evidenciando o quanto esta percepção de entendimento é propulsora de insegurança jurídica, pois casos semelhantes serão julgados de modo adverso.

Trata-se de conduta que, conforme observado pela doutrina, oferece riscos tanto à isonomia quanto à segurança jurídica, na medida que, sem os devidos cuidados (...), é provável que se invoque, na fundamentação de um caso, elemento jurisprudencial que diga respeito a caso completamente diverso — já que não sondadas as circunstâncias fáticas e normativas deste, resultando no tratamento igual a casos desiguais, ou tratamento desigual a casos iguais. Nesse proceder, torna-se insuficiente a jurisprudência para cumprir o papel que se lhe quer atribuir, de ser fator de coerência e previsibilidade do direito, comprometendo-se o desempenho da (hoje reconhecida) missão institucional do Tribunal de Justiça de promover a estabilidade, integridade e coerência (SILVA; SILVA, 2016, p. 297).

Em outras falas é possível evidenciar o respeito à autonomia atrelado ao direito de informação. Sob essa perspectiva, todo e qualquer procedimento deve ser devidamente informado à parturiente, sendo pautado pelo seu consentimento e tendo como critério bioético o princípio da autonomia que implica em liberdade de escolha. No entanto, esse princípio, na prática, encontra-se associado com o da beneficência, simplificado no compromisso de “não lesar”. Desta forma, como já ponderado, o direito à informação atrela-se ao princípio da autonomia, uma vez que somente com a informação clara acerca dos procedimentos que serão realizados, o paciente é capaz de realizar escolhas autônomas. Assim, em nenhuma hipótese, pode o profissional de saúde persuadir o paciente a aceitar um determinado tratamento com o qual não concorde, através de coação. Logo, o grau de entendimento e liberdade de coerção devem ser fatores preponderantes para garantir a tomada de decisão por parte dos pacientes (WANSSA, 2011)

A última unidade de registro, oriunda do questionamento considerado, representa falas que evidenciam a percepção da limitação da autonomia da mulher. Nesse sentido, importante considerar a autonomia como fundamento da dignidade de todo ser racional, sendo por meio dela que todo ser humano se dignifica “não devendo ser restringida a pretexto de

substituir a livre vontade, nem mesmo por aquilo que se acredita ser o melhor ou mais apropriado” (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 161).

Desta forma, a autonomia da mulher sobre o seu corpo não deve sofrer limitações de forma arbitrária. No entanto, as liberdades individuais da mulher encontram-se muitas vezes limitadas mesmo quando não possuem o condão de gerar dano a outrem, apenas como uma forma de valorização e manutenção da uniformização de conduta (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014). Deste modo, “os direitos sexuais e reprodutivos se acham amoldados por um Estado ainda conservador, que subtrai a autonomia, impondo modelo de conduta a ações que não causam nenhum dano à coletividade e que pertencem à esfera individual de cada ser” (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 162).

Dando prosseguimento ao agrupamento sistemático das falas dos informantes em questão, evidenciou-se a quarta categoria intermediária de análise denominada “atuação da magistratura diante da prática de violência obstétrica” que formou-se a partir da seguinte pergunta: “d. **De que forma Vossa Excelência já se defrontou com este tipo de violência em seu exercício laboral?**” A partir do questionamento, intencionou-se verificar a percepção dos sujeitos quanto à atuação da magistratura frente ao tema na própria esfera do TJMA, considerando-se inclusive que alguns dos entrevistados foram ou são relatores de casos de violência no parto junto à Corte estudada.

Quadro 11: Formação da categoria intermediária IV

| CATEGORIA INICIAL: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA  |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria intermediária                                                      | Unidades de registro                                                                                              | Unidades de contexto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>IV. Atuação da magistratura diante da prática de violência obstétrica</b> | Percepção ilustrativa sobre a possibilidade do futuro aumento da judicialização nos casos de violência obstétrica | “Ainda não tive que julgar processos com o tema violência obstétrica, mas acredito que em breve o assunto chegará aos tribunais de todo o país”.                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                              |                                                                                                                   | “Ainda não tratei de nenhum caso relacionado à violência obstétrica. Acredito que o assunto está sendo debatido e divulgado recentemente, e que muitas mulheres sofrem esse tipo de violência sem ter consciência da ilegalidade da prática, o que poderia justificar o número baixo de processos sobre o tema na segunda instância. No exercício da magistratura ainda não tive oportunidade de apreciar essa discussão”. |
|                                                                              | Percepção ilustrativa identificando a invisibilidade/naturalização do tema                                        | “Ainda não foi submetido à minha apreciação nenhum caso que pretenda ressarcimento decorrente de abuso ou má conduta com quadro de violência obstétrica”.                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                              |                                                                                                                   | “Ainda não julgamos nenhum caso dessa natureza (...) talvez pelo fato de o tema ainda não ter sido objeto de um debate mais amplo na sociedade. Uma vez esclarecida, a tendência                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                       | da pessoa que se sente lesada é procurar o Judiciário”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|  |                                                                                       | “Embora, e infelizmente, segundo, p.ex., notícia veiculada na revista Época, de circulação nacional, “uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto”, demandas judiciais envolvendo a temática “violência obstétrica”, visando as devidas reparações cíveis, não são tão comuns no Poder Judiciário do Maranhão, circunstância que se pode aferir numa breve consulta aos sites de jurisprudência (...)”. |
|  |                                                                                       | “Nunca enfrentei, como julgador, o tema violência obstétrica”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |                                                                                       | “Nunca enfrentamos esse tipo de caso”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  |                                                                                       | “Nunca tivemos casos relacionados a isso”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|  |                                                                                       | “Assim.. Violência direta, ainda não. Mas o fato da pessoa de uma mulher grávida chegar numa maternidade e por exemplo não achar leito acaba se caracterizando um tipo de violência, né?”.                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | Compreensão ilustrativa da violência obstétrica para além da percepção de erro médico | “(…) Olhe, eu já me defrontei exatamente com algumas situações de erro médico. Só de erro médico, ou seja, são situações de hospital, de situação de plano de saúde (...) mas nunca vi na minha vida nenhuma situação de violência obstétrica. É por isso que eu estou lhe dizendo que a mulher precisa tomar conhecimento (...)”.                                                                                                    |
|  | Percepção ilustrativa acerca da presença de julgados na esfera do TJMA                | “Muito raro! Assim que eu tenho a lembrança, apenas dois casos de violência no parto, me parece que eu já tive uns outros dois, mas não me lembro além dos que eu me lembro. O médico que feriu a criança com bisturi que cortou porque ele estava meio bêbado vindo de uma noitada por volta das 5 horas da manhã, as enfermeiras comprovaram isso e um outro que foi julgado recentemente com distúrbios na cirurgia de cesárea”.   |

Fonte: Autora, 2017

As falas previamente descritas são auto ilustrativas, mas acerca delas ainda cabe salientar que: a primeira unidade de registro evidencia a possibilidade de um futuro aumento da judicialização nos casos de violência obstétrica, em consequência da divulgação do tema e do aumento de consciência das mulheres sobre a ilegalidade da prática. Conforme Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013), as propostas relacionadas à humanização do parto refletem uma mudança de paradigma na situação vigente, visando restaurar a autonomia das mulheres, o controle sobre seu corpo e seus processos, e a qualidade ética e técnica nas relações estabelecidas entre gestantes e profissionais.

Na segunda unidade de registro “percepção ilustrativa identificando a invisibilidade/naturalização do tema” vislumbram-se falas que demonstram o completo desconhecimento dos sujeitos pesquisados acerca da temática no próprio contexto do TJMA.

Cumprir destacar que apenas um dos entrevistados demonstrou ter conhecimento de que na esfera do tribunal havia casos relacionados à violência no parto.

Também merece destaque que apenas um dos entrevistados tenha apresentado a percepção quanto a diferenciação das condutas atreladas à violência obstétrica do erro médico, conforme a fala a seguir:

— “Olhe, eu já me defrontei exatamente com algumas situações de erro médico. Só de erro médico, ou seja, são situações de hospital, de situação de plano de saúde (...) mas nunca vi na minha vida nenhuma situação de violência obstétrica”.

Por fim, a última categoria intermediária formada foi denominada de “apontamentos relevantes sobre a temática da violência obstétrica”, sendo considerada a partir da seguinte pergunta: “**Vossa Excelência gostaria de falar ou explicar alguma coisa que considera importante de ser pontuado sobre este tema e que não chegamos a tocar nesta entrevista?**”. Através deste questionamento, intencionou-se vislumbrar a percepção dos entrevistados acerca da compreensão da violência obstétrica a partir de questões que ainda não haviam sido pontuadas nas respostas anteriores.

Quadro 12: Formação da categoria intermediária V

| CATEGORIA INICIAL: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Categoria intermediária                                                     | Unidades de registro                                                                           | Unidades de contexto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| V.<br>Apontamentos relevantes sobre a temática da violência obstétrica      | Percepção ilustrativa que aborda a relevância temática e necessidade de um debate sobre o tema | “Em termos conclusivos, gostaria de ressaltar que a transformação da sociedade, especialmente a ocidental, no que tange à proteção aos direitos da mulher se revela patente nos dias de hoje. (...) a violência contra a mulher no âmbito familiar, por exemplo, nitidamente passou por uma grande evolução, especialmente depois de conquistas importantes como a Lei Maria da Penha e consequentemente trabalho de educação da população em geral e de encorajamento (...) é bem verdade que o caminho é longo e muito ainda precisa ser alcançado, no entanto, como bem disse a própria Maria da Penha, o machismo só se desconstitui com educação e esse movimento já pode ser observado nos dias atuais, embora, repito, ainda tenhamos muito o que percorrer. E o fortalecimento de conceitos como a “violência obstétrica” é uma prova disso. (...)”. |
|                                                                             |                                                                                                | “A violência obstétrica é um fato muito comum na rotina de hospitais e maternidades, mas devido a falta de abordagem e de informação sobre o assunto, muitas mulheres sequer têm conhecimento de que foram vítimas desse tipo de violência. Talvez, por isso, essa questão, que é de grande importância, ainda está pouco judicializada”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                             |                                                                                                | “A necessidade de um debate mais amplo na sociedade sobre o tema, especialmente junto às instituições de saúde, ensino e de medicina obstetrícia”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                                                                                     | <p>“(…) Especialmente por proporcionar o nascimento de um filho, o parto é momento marcante na vida da mulher, tanto que deve ser regularmente assistida por profissionais e serviços de saúde no pré-natal, no parto e no pós-parto. É inaceitável, pois, que a violência obstétrica lhe retire a magia do nascer de uma criança e lhe deixe marcas físicas e psicológicas eternas, diante da humilhação, maus-tratos e agressões perpetradas por parte de quem lhe deveria prestar assistência. Espero, assim, que amplos debates existam para difundir a temática na sociedade, visando ao combate à tão odiosa violência e a permitir que as mulheres tenham pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de qualquer forma de violência ou discriminação. Afinal, é dever do Estado a adoção de políticas destinadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher”.</p>                                                             |
|  |                                                                                                                                                                                     | <p>“Acredito que o tema deva ser objeto de maior conscientização popular e profissional, pois possivelmente, a falta de ações judiciais envolvendo esta temática pode ser decorrente da própria “naturalização” desse tipo de violência e a falta de empoderamento das mulheres, especialmente na rede pública de saúde, sobre o tratamento digno que devem exigir receber”.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  |                                                                                                                                                                                     | <p>“Entendo que se trata de um tema de especial relevância por envolver uma fase específica enfrentada pela mulher, em que está além de toda a ansiedade e preocupação que antecedem a hora do parto de seus filhos, deparam-se, em algumas situações, com posturas antiprofissionais que em nada colaboram com o seu estado psicológico”.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|  | <p>Percepção ilustrativa que aponta a necessidade de humanização respeitando-se a integridade da mulher</p>                                                                         | <p>“Olha, eu acho o seguinte, o que eu acho importante hoje. Primeiro, o judiciário está mais sensível. Se abriu mais os olhos para essa questão. (...) A própria mulher também tem evoluído na sua consciência, tem sabido, digamos assim, defender melhor seus direitos, seus interesses... Eu acho também que a gente precisa sensibilizar às vezes esses atendimentos. Porque a gente nota que às vezes a pessoa chega lá, talvez a pessoa esteja tão habituada, digamos assim, assoberbada, de atendimentos e acaba não dando importância nenhuma. E às vezes a pessoa tá sofrendo e isso precisa de sensibilidade. Do mesmo modo aqui, às vezes vem uma mulher reclamar de determinado assunto, a gente fica achando, ah...isso também não tem tanta importância... Eu acho que essas discussões, elas dão oportunidade pra que a gente possa ficar mais atento e mais sensível, né? Ter um olhar mais sensível, até acompanhando um pouco o olhar feminino”.</p> |
|  |                                                                                                                                                                                     | <p>“(…) a questão do tratamento humanizado que tem que ser garantido, tem que ser assegurado. O que é tratamento humanizado? É o tratamento entre os agentes de saúde, quer dizer todas as pessoas que estão envolvidas naquele atendimento... eles têm que garantir um cuidado qualificado, assegurar o respeito quanto aos direitos da parturiente da individualidade, cultura (...)”.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | <p>Percepção ilustrativa que demonstra a importância do tema na área do Direito e a necessidade da formação de precedentes tratando a violência obstétrica não como erro médico</p> | <p>“É importante porque para nós a nível de judiciário é um tema inovador... pode ser até que esteja em outra área de pesquisa como na área de uma pós-graduação ou de um trabalho de monografia de curso, principalmente nessa área médica, mas a nível de judiciário o que a gente tem aqui com relação a trabalhos mas a erro médico, mas com relação a esse tema que você escolheu para fazer a sua dissertação, nós não temos, por isso que é importante como eu falei para você que se chegar o processo aqui de primeiro grau ou de segundo grau a nível de recurso é um tema totalmente inovador e a gente espera que chegue. Eu tenho a impressão que não caberia erro médico, erro médico é aquilo que ele se propõe e</p>                                                                                                                                                                                                                                    |

|  |                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                                                                       | faz uma coisa dando como resultado totalmente diferente, mas nesse caso aqui não, nesse caso aqui apenas procedimentos de parto e tratamento. Então isso é diferente tanto que um caso desse chegando ao poder judiciário porque nós não temos precedentes, nós temos por exemplo uma ou duas jurisprudências, mas a questão central não é essa, ela vem como acessório, ela pode vir como erro médico e dentro desse erro médico está inserido uma questão dessa, mas não vem com uma questão principal, por isso no tribunal não temos jurisprudência, nem muito menos precedente, porque quando se tem um precedente que a consolidação de julgados e determinados fatos pelos tribunais superiores, todo poder judiciário passa a ter aquilo como um parâmetro, um paradigma e nós não temos situações dessa natureza...”. |
|  | Percepção ilustrativa que demonstra o entendimento acerca de um “código ético” de proteção que impera na seara médica | “O grande problema desses casos que envolve é a perícia, porque há uma certa preservação dos colegas no caso de determinação de uma perícia e preservar o outro colega. Então é preciso evidências fortes para quando se chegar na justiça se ter um amparo realmente forte para aplicar uma condenação tanto material como moral”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|  | Concepção ilustrativa que abarca um conceito normativo sobre a temática                                               | “Olha, eu teria muita coisa pra falar (...) eu gostaria de dizer a você aqui acrescentar... é um artigo sobre a violência contra as mulheres. (...) ela diz aqui o seguinte: o parágrafo da declaração sobre a violência da ONU já definiu o termo violência contra as mulheres como qualquer ato violento baseado no gênero sexual que pudesse resultar em dano físico, sexual e psíquico ou sofrimento para as mulheres, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção (...)”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  | -                                                                                                                     | <i>Nihil</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Fonte: Autora, 2017

De um modo geral, as respostas apresentadas pelos sujeitos pesquisados demonstram a relevância da temática e a necessidade premente de divulgação do tema, uma vez que o desconhecimento impede que as demandas cheguem até os tribunais e que quando cheguem sejam indevidamente processadas e julgadas. Para Diniz (et al., 2015), o fornecimento de informações sobre a assistência ao parto deve ser observado como uma atividade educativa na rotina pré-natal, não devendo ser tratado como algo secundário, mas essencial para a promoção à saúde, fortalecendo a autonomia das usuárias.

O desconhecimento das condutas violadoras impede que as vítimas lesadas tenham pleno acesso à justiça. Sob essa perspectiva Cappelletti e Garth (1988) enfatizam que o acesso à justiça é permeado de obstáculos que precisam ser transpostos, dentre eles a inaptidão para se reconhecer um direito e propor uma ação. Nesse sentido, os autores afirmam que as pessoas possuem conhecimentos limitados a respeito da maneira de se ajuizar uma determinada demanda. Conforme apontado por Diniz:

[...] várias instituições, como o Ministério Público, têm assumido a responsabilidade de enfrentar a cultura de desconhecimento dos direitos das mulheres nos serviços, compilando denúncias e convocando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para um diálogo sobre as mudanças necessárias. Tais iniciativas, provocadas por movimentos de mulheres, foram decisivas para promover um clima de reconhecimento dos direitos, até então inédito na sociedade brasileira, repercutindo em políticas públicas, como na ação contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre regulação das taxas de cesárea a partir de 2015 (et al., 2015, p. 5).

A necessidade de humanização dos agentes do sistema de saúde, bem como dos agentes do sistema de justiça também foi evidenciada em uma das falas: “(...) — Eu acho também que a gente precisa se sensibilizar às vezes nesses atendimentos”.

Nesse sentido, as intervenções na formação dos recursos humanos durante a graduação, especialização e formação continuada é apresentado por Diniz (et al., 2015) como proposta de superação do quadro iatrogênico em decorrência da violência obstétrica. Os autores enfatizam, portanto, a necessidade de inclusão do debate acerca dos direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos nas disciplinas de graduação em saúde, enfatizando àqueles previstos no Código de Ética Médica, como a autonomia e a escolha informada, até os direitos assegurados pelo SUS, como o direito a acompanhantes na internação. Essa humanização também é necessária nos campos de atuação dos sistemas de justiça, conforme Silva, Carvalho e Viana:

A formação de um magistrado promotor da paz social e que efetivamente possa contribuir para a construção de uma sociedade menos desigual, atento à dignidade da pessoa humana, implica em contribuir para que os aludidos profissionais dominem conteúdos técnico científicos básicos pertencentes aos demais saberes humanos que complementam o direito, favorecendo de fato uma atuação paulatinamente mais humanizada da magistratura, colocando-a no lugar merecido e sedimentado por muitos magistrados comprometidos com sua função de fazer Justiça e de gerar confiança no cidadão quando esse último precisar recorrer às mais diversas instituições de justiça para ter um conflito/disputa resolvido ou minimizado. (2014, p. 212).

Em outra unidade de contexto, aponta-se a importância da pesquisa na área do Direito, uma vez que grande parte dos trabalhos envolvendo a temática concentram-se na área de saúde.

Em outra fala, evidencia-se o comportamento corporativista que impera na seara de saúde: “— O grande problema desses casos que envolve é a perícia, porque há uma certa preservação dos colegas no caso de determinação de uma perícia de preservar o outro colega”.

Nesse sentido, um erro ou comportamento antiético de um colega jamais pode ser denunciado, sendo esse fator considerado como um valor “moral” fundamental, contrapondo o próprio Código de Ética Médica (SILVA, 2005).

Na penúltima unidade de registro percebe-se uma concepção normativa sobre a temática apontando apenas o conceito de violência contra a mulher segundo a ONU, sem todavia problematizá-lo com o conceito de violência obstétrica. E por fim, ressalta-se que um dos sujeitos pesquisados em entrevista realizada por meio físico nada respondeu na última pergunta.

Complementarmente aos dados obtidos através das entrevistas, apresenta-se a seguir os principais apontamentos realizados durante a observação sistemática, materializados em diário de campo durante a visita aos gabinetes dos desembargadores cíveis.

#### **6.4 Observação sistemática com registros em diário de campo<sup>142</sup>**

Conforme Minayo (2002), o trabalho de campo permite uma melhor realização da pesquisa proposta, sendo a relação do pesquisador com os sujeitos pesquisados de extrema relevância. O campo de pesquisa consiste em um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser observada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação. Minayo (2002) aponta que vários obstáculos podem dificultar ou até mesmo inviabilizar a entrada no campo de pesquisa. Nesse sentido, é imprescindível primeiramente uma aproximação com as pessoas da área selecionada para o estudo, realizada de modo gradual a cada visita e sendo consolidada a partir de uma relação de respeito e empatia com as pessoas envolvidas.

Coletar dados junto aos atores do Poder Judiciário, em particular junto a Tribunais de Justiça, oferece dificuldades particulares, marcadas pelo distanciamento entre os agentes responsáveis por prover direitos e a sociedade. Nessa perspectiva, em 12 (doze) gabinetes (incluindo desembargador presidente e a desembargadora corregedora geral) pôde-se perceber um ambiente mais receptivo à pesquisadora. No entanto, em 5 (cinco) gabinetes o contato travado entre os funcionários dos mesmos e a pesquisadora foi marcado pela frieza e indiferença, desqualificando-se inclusive a importância da realização de pesquisas científicas na área do Direito.

Cumprе destacar que os registros em diário de campo também evidenciam que o ambiente hostil, intimidador, distante e indiferente presente nos cinco gabinetes em questão,

---

<sup>142</sup> A fim de evidenciar as falas vislumbradas durante a observação sistemática utilizou-se uma demarcação ao redor das mesmas, de modo a diferencia-las das citações.

demarcou também o trato dos que representam o Poder Judiciário com o público em geral, tolhendo, constrangendo e intimidando as pessoas que por seus motivos precisaram se fazer presentes nos mesmos, quer fossem advogados, jurisdicionados ou outros pesquisadores.

Conforme Bonelli (2002), o judiciário de forma tardia consolidou sua autonomia diante dos demais poderes e da sociedade, entretanto, a manutenção dessa autonomia cria um espaço em que os valores são distintos, mantendo-se um distanciamento premente entre o judiciário, as demais instituições públicas e a sociedade.

As fronteiras do judiciário são observadas pelas barreiras culturais e sociais existentes, vislumbradas também a partir da própria linguagem técnica presente nos discursos, distanciando ainda mais aqueles que carecem dessa prestação jurisdicional, como evidenciou-se na fala que se segue de uma das servidoras, ao referir-se à situação de um jurisdicionado que queria falar com o desembargador, mas que estava desacompanhado de advogado:

Servidora: “— O desembargador não gosta de falar com as pessoas que não estão acompanhadas de advogado.  
Mas porquê? Indaga a pesquisadora.  
— Porque ele fala que não tem paciência com essas pessoas que não entendem a linguagem jurídica e que por isso prefere que elas estejam acompanhadas dos seus advogados. Ele não fala quando elas estão sozinhas, mas às vezes eu fico com pena e converso com ele pra atender”<sup>143</sup>.

Para Mozdzenski (2010) a linguagem jurídica encontra-se de tal forma estruturada que inviabiliza a compreensão por pessoas que estão fora da elite profissional que a domina. Nesse sentido, os próprios agentes do sistema de justiça contribuem para maximizar o abismo já existente entre a ponte que separa o cidadão e os textos normativos, expressos por declarações solenes que inibem o acesso à justiça de modo efetivo, acentuando a diferença entre jurisdicionados e jurisdicionantes.

Em outra situação observada em um dos 5 gabinetes referidos quando se aguardava o atendimento, a postura austera e até desrespeitosa no trato para com advogados deixa claro o distanciamento explícito e demarcado pelas relações de poder que caracterizam as relações nos espaços públicos brasileiros:

Desembargador: “— Dr, estou explicando a situação, mas o senhor parece não entender. Que tal então mudar de lugar, você vim sentar aqui e eu aí?”<sup>144</sup>.

<sup>143</sup> Verbalização registrada em diário de campo no dia 13/07/2017 em um momento de espera em um dos gabinetes para tentar realizar a entrevista.

<sup>144</sup> Verbalização registrada em diário de campo no dia 11/07/2017 quando aguardava-se no gabinete para conversar pessoalmente com o desembargador.

Um mesmo sujeito pesquisado possui pelo menos três falas bem expressivas que merecem ser analisadas. Em uma delas, remetida à pesquisadora quando esta aguardava em uma antessala de espera para mais uma tentativa de entrevista<sup>145</sup> junto a outras pessoas, dada por volta das 13h e sendo a última pessoa a aguardar para um possível atendimento, foi surpreendida com a seguinte frase ao sair uma pessoa que estava sendo atendida na sala do desembargador:

Desembargador: “Você ainda está aí? Não desiste mesmo!”.  
 Pesquisadora: “Sim, o senhor pediu que eu viesse hoje às 11h”.  
 Desembargador: “Ah, mas já são 13h e eu tô com fome. Volte amanhã que eu te atendo sem falta, combinado?”.  
 Pesquisadora: “Combinado!”<sup>146</sup>.

No outro dia, mais uma vez marcado para realização da entrevista, o atendimento foi realizado por volta das 12h e a pesquisadora foi explicar o objetivo da entrevista, sendo interpelada com a seguinte frase:

Pesquisadora: “— Excelência, a pesquisa tem como objetivo analisar a percepção dos senhores sobre a violência obstétrica...”, sendo interrompida com o seguinte questionamento:  
 Desembargador: “— E o que eu tenho a ver com isso?” Nunca tratei de nenhum caso desse tipo.<sup>147</sup>

Diante da observação verbalizada pelo desembargador, a pesquisadora rebateu a interpelação esclarecendo que o principal caso que estava sendo analisado durante a pesquisa no âmbito do TJ/MA, cujas condutas de violência obstétrica eram nítidas, tinha justamente como relator o sujeito pesquisado, ao que o mesmo assustando-se com a informação, perguntou qual era o número do processo e disse não se recordar do mesmo, pois eram muitos casos a serem analisados, ponderou que a carga de trabalho era enorme, mas que ele mantinha um bom nível de produtividade, ganhando inclusive alguns prêmios, mostrados à pesquisadora<sup>148</sup>.

<sup>145</sup> Pondera-se que a pesquisadora já havia estado no mesmo gabinete a fim de realizar a entrevista outras 3 (três) vezes.

<sup>146</sup> Verbalização registrada em diário de campo no dia 17/07/2017 em conversa pessoal com o desembargador em uma tentativa de realizar a entrevista.

<sup>147</sup> Verbalização registrada em diário de campo no dia 18/07/2017 em conversa pessoal com o desembargador a fim de apresentar a pesquisa e realizar a entrevista.

<sup>148</sup> Verbalização registrada em diário de campo também no dia 18/07/2017 em conversa pessoal com o desembargador a fim de apresentar a pesquisa e realizar a entrevista.

Diante das circunstâncias, o sujeito pesquisado afirmou que gostaria de se preparar melhor e “fazer algo bem feito”, e que por isso, preferia responder a entrevista em meio físico, pois estava muito ocupado, entretanto não descartou a possibilidade de uma outra conversa a fim de esclarecer suas respostas, agendando com a pesquisadora para um novo retorno após mais ou menos uma semana. A entrevista só foi entregue em meio físico no dia agendado (24/07/2017), mas não houve disponibilidade do desembargador para que fosse realizada nenhuma conversa para esclarecimento das respostas dadas por ele em meio físico.

Infelizmente, o que se pode perceber através das falas explicitadas é o descaso que alguns magistrados demonstram ter em relação à elaboração de pesquisas científicas, que podem, inclusive, favorecer a otimização de suas práticas, através da apresentação de resultados. Lamentavelmente e digno de nota é também a constatação do completo desconhecimento e desinteresse pelo tema por parte de alguns desembargadores na esfera do Tribunal de Justiça do Maranhão, materializando a realidade vivenciada por advogados, defensores e partes, mas ainda pouco documentada em pesquisas, comprovando que a produção fordista de decisões judiciais por vezes implica em julgamentos eventualmente produzidos pelos assessores dos magistrados, sendo apenas assinados por estes últimos, de modo que em grande parte dos casos, estes sequer tomam contato com as decisões assinadas, conforme demonstrado pelo desconhecimento expresso do desembargador em relação a decisão de sua relatoria.

Este desinteresse ou falta de rigor no acompanhamento de alguns magistrados da produção de seus assessores pode contribuir categoricamente para julgados que não observam a mulher como um sujeito dotado de autonomia e, portanto, livre para fazer suas escolhas, justamente pela imperícia ou falta de conhecimento acerca da especificidade da matéria, em especial daquelas que envolvem o complexo fenômeno da violência de gênero, e que requerem, para sua devida aquilatação, conhecimentos básicos de Antropologia, Sociologia e Psicologia jurídicas aplicados ao exercício do Direito.

Observa-se que o ambiente jurídico, protetor e garantidor de direitos por conceito, por vezes pode se apresentar como sendo tão ou mais violento quanto as situações experimentadas pelas vítimas que buscam a justiça a fim de resolver seus conflitos. Quando revitimizadas em qualquer das esferas das Instituições do Sistema de Justiça, resta alimentado um potente ciclo de violência institucional, perpetrado pelo Estado, o que merece maior aprofundamento de estudos e maiores reflexões. O Poder judiciário não deve concorrer para violações de direitos, incluindo-se promover constrangimentos que configuram revitimizações

e sim zelar com afinco pela defesa de qualquer direito violado, sob pena de deixar de exercer o direito para materializar a execução do seu oposto.

Em uma das visitas aos gabinetes, uma fala emergiu como ilustrativa da distância que pode ser colocada entre jurisdicionados e magistrados, reafirmando a possibilidade supra referida de ocorrência de violência institucional perpetrada pelo “Estado magistrado”:

— Sabia que tem desembargador que não entra no elevador quando estão outras pessoas? Algumas pessoas já sabem e saem para ele entrar (...) Em outra situação, quando tem uma fila no caixa eletrônico ele passa na frente de todo mundo sem dar nenhuma satisfação e aí de quem ousar falar alguma coisa<sup>149</sup>.

Sob essa perspectiva, convém mencionar o apontamento realizado por Donato ao postular que:

A estrutura judiciária, contaminada pelas disfunções da administração burocrática, propicia a manifestação de uma mentalidade arcaica, em que a submissão baseada no temor de revanches e vinganças acabam resultando em paparicagens desnecessárias, maculando a imagem do Poder Judiciário perante a sociedade brasileira. (2006, p. 74).

Nesse enfoque, o conceito de violência simbólica proposto por Bourdieu, conforme apresentado alhures, pode ser transposto e evidenciado nas falas perpetradas pelos juristas. Nesse sentido, a fala de alguns sujeitos evidencia a doxa existente em todo campo, ou seja, a opinião consensual permeada pelas leis que regem e que regulam a luta pela dominação no interior do campo, admitindo-se a máxima de que as coisas são “assim mesmo e não mudam” (AZEVEDO, 2011, p. 28; 29). Conforme Thiry-Cherques:

[...] todo campo vive o conflito entre os agentes que o dominam e os demais, isto é, entre os agentes que monopolizam o capital específico do campo, pela via da violência simbólica (autoridade) contra os agentes com pretensão à dominação [...]. A dominação é, em geral, não-evidente, não explícita, mas sutil e violenta. Uma violência simbólica que é julgada legítima dentro de cada campo; que é inerente ao sistema, cujas instituições e práticas revertem, inexoravelmente, os ganhos de todos os tipos de capital para os agentes dominantes. A violência simbólica, doce e mascarada, se exerce com a cumplicidade daquele que a sofre, das suas vítimas. Está presente no discurso do mestre, na autoridade do burocrata, na atitude do intelectual (2006, p. 38).

Por outro lado, de modo diverso à violência simbólica observada nas falas anteriores, um clima acolhedor e uma forma respeitável no trato com a pesquisadora e com os

---

<sup>149</sup> Verbalização registrada em diário de campo no dia 20/07/2017.

demais cidadãos que neles se apresentaram pôde ser vivenciado em 12 (doze) gabinetes, mais particularmente em 2 (dois) deles, favorecendo para a configuração de um ambiente ideal para a realização das entrevistas realizadas. Nesses dois gabinetes em destaque, ambos os desembargadores se mostraram colaborativos, respeitosos, valorando a realização de pesquisas acadêmicas no âmbito do TJMA e ainda demonstrando interesse em relação ao tema em estudo, inclusive solicitando informações adicionais sobre o mesmo em forma de artigos científicos publicados que pudessem fundamentar futuros julgamentos.

Os momentos experienciados durante a observação sistemática, remetem-se ao pensamento proposto por Mozdenski (2010) ao afirmar que na modernidade, o sistema jurídico conquistou a hegemonia de dizer o valor dos atos sociais de forma legítima e praticamente inquestionável, constatação que requer maior aprofundamento de reflexões e estudos, dada à implicação de suas consequências.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um paradoxo latente que permeia ser mãe no Brasil, um misto de expectativas e realidades, principalmente quando esta realidade vem acompanhada de uma forma intensamente iatrogênica de violação: a violência obstétrica. É como se a mulher vivesse em uma dualidade entre a hipermaternidade à hipomaternidade (BRAGA; ANGOTTI, 2015): de um lado a alegria pela chegada do filho, os comentários amorosos, a preparação do enxoval, o entusiasmo pelo parto normal, a escolha pela melhor posição para se ter o bebê; do outro, a tristeza pela possibilidade de experimentação e/ou vivência da violência obstétrica institucional que assola milhares de brasileiras em todo país, materializada em comentários humilhantes e insultuosos, na perda de identidade e autonomia, apresentando-se a cesárea como forma de coação, a episiotomia sem consentimento, a invisibilidade de dor, de sujeição e de humilhação.

Este estudo ratificou o que já se ponderava por meio das pesquisas citadas em todo o percurso deste trabalho: a violência obstétrica existe e precisa ser combatida. No entanto, a pesquisa foi além: demonstrou, descortinando paradigmas, que além de constituir violência de gênero, o tipo de violência estudado segue naturalizado no meio médico, o que por sua vez, contribui para sua minimização no meio jurídico, que ainda percebe equivocadamente a violência obstétrica predominantemente como erro médico, invisibilizando mais intensamente ainda, a forma mais dolorosa da concretização da violência aludida pelas mulheres violentadas: sua forma psicológica, cujos danos morais e psíquicos são frequentemente capazes de desestabilizar na esfera emocional e psicológica por tempo indeterminado, uma vez que tais atos possuem o condão de humilhar, sujeitar, oprimir e retirar da mulher o respeito à sua integridade moral.

Conforme se ponderou neste decurso, para compreensão da violência obstétrica em toda sua amplitude faz-se necessário depreender a dimensão histórica e cultural do parto e como este deixou de ser um evento essencialmente feminino para se tornar um evento mecanizado, supervisionado e incorporado pelos médicos em detrimento das parteiras. Da “punição” por liderar a humanidade rumo “ao pecado”, a mulher passou a ser vista como vítima da sua própria natureza: “o parto deixou de ser momento de provação e expiação da culpa, para ser uma comprovação da fragilidade e dependência naturais das mulheres” (DINIZ, 1996, p. 114)<sup>150</sup>.

---

<sup>150</sup> Essa concepção das mulheres como patológicas e dependentes alimentou a construção de um modelo explicativo do parto capaz de articular, por um lado, a justificativa da superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino acerca da parturição, deixando claro que ao masculino cabia saber melhor sobre as mulheres do

Sob essa perspectiva, essa modalidade de violência é classificada como violência de gênero e como violência institucional, baseando-se em padrões estereotipados de comportamentos, costumes sociais e culturais dispensados à mulher parturiente justamente em virtude da construção histórica de uma cultura falocêntrica que desrespeita a autonomia da mulher em dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade, ferindo sua integridade física e psíquica. Assim sendo, a maternidade marcada pelo papel social idealizado de mãe, vinculada aos estereótipos femininos de submissão, proteção e abnegação da mulher contribuem para a reprodução de paradigmas que disseminam a violência, naturalizando-a e invisibilizando-a nos múltiplos segmentos sociais.

As violações sob uma perspectiva de gênero, especialmente ligadas à violência obstétrica são fortemente naturalizadas no meio social. A ausência de sanções e meios que coíbam esta prática corroboram para invisibilização do fenômeno, tanto por parte daqueles que infringem as regras, quanto por parte daqueles que operacionalizam o sistema de justiça, justamente por haverem introjetado a percepção de uma mulher doce, subordinada, que nasceu para ser mãe e que por isso, é “normal” sentir as dores do parto, afinal **“para chegar ao bojador, é preciso ir além da dor...”** (CARNEIRO, 2015, grifo nosso).

Este trecho faz referência ao poema “Mar Português” de Fernando Pessoa, na segunda parte do livro Mensagem. O Bojador, cabo marítimo que fica na região do Marrocos era também conhecido como Cabo do Medo, muito temido pelo desaparecimento de várias embarcações. Para passar no Bojador era preciso ter muita coragem para enfrentar os medos e a incerteza se a travessia seria finalizada com sucesso ou não, pois muitos eram os que tinham suas vidas ceifadas durante o trajeto. Por semelhante modo, a mulher também precisa passar pelo Bojador durante o parto. É preciso ir “além da dor” para se ter um filho, é preciso ter coragem, aguentar tudo, porque “na hora de fazer foi bom”, mas “ser mãe é padecer no paraíso”.

Nessa perspectiva, a operação discursiva que coloca as mulheres na posição de mães “por natureza” as inscreve como naturalmente dispostas à dor e ao sofrimento, porque tais sentimentos são “naturais” do parto (CARVALHO, 2015). Sob esse enfoque, há uma problemática em reconhecer determinadas práticas intervencionistas como violadoras dos direitos das mulheres parturientes e, portanto, consideradas violência obstétrica.

---

que elas mesmas, incapazes de definição desse conhecimento, agora científico; e por outro lado, a legitimidade natural desta superioridade de gênero que se instaurava e explicitava na própria técnica (DINIZ, 1996, p. 118-119).

Assim sendo, as mulheres seguem vilipendiadas em seus direitos, desconsideradas e silenciadas em sua dor, contribuindo os acórdãos para a sedimentação da violência e revitimização das parturientes que levaram as violações sofridas a juízo, uma vez que nem de longe, as decisões judiciais expressam a dimensão real dos danos por elas vivenciados.

Apesar de mudanças significativas no que concerne aos textos legais discriminatórios, o que ainda se percebe são problemas ligados às assimetrias de gênero em termos de acesso à justiça, uma vez que a garantia de direitos não necessariamente se relaciona à existência de normas que expressamente discriminam as mulheres, mas estão mais relacionados com a devida aplicação das leis, em tese formalmente neutras, mas que na prática, ainda reproduzem efeitos discriminatórios quando da sua aplicação imperita (SEVERI, 2011).

Desta forma, a relação assimétrica que existe entre mulheres e homens revela uma desigualdade, tanto simbólica quanto real, dificultando o exercício de direitos básicos pelas mulheres. Os obstáculos sociais vislumbrados a partir da falta de conhecimento das mulheres sobre os seus direitos ou sobre os sistemas formais de justiça, culminando nos obstáculos institucionais e ainda na incapacidade dos operadores do sistema de justiça em apresentar uma resposta adequada a necessidades especiais, a exemplo dos casos de violência obstétrica, deixa claro que apenas positivar direitos fundamentais não é suficiente diante da necessidade de dotá-los de meios capazes de se tornarem efetivos no mundo jurídico, de maneira a deixarem ser interpretados ou aplicados de modo imperito (DOMINGOS, 2002).

Sob essa perspectiva, as decisões e acórdãos judiciais analisados no presente estudo comportam significados importantes para a captação de algumas crenças, mitos, ficções em ação e imaginário social que permeiam as práticas jurídicas diante da violência obstétrica (SEVERI, 2011). Nesse sentido, faz-se necessário ponderar alguns pontos de convergências e divergências observados nos acórdãos, entrevistas e observação sistemática com registros em diário de campo.

Após a análise de 36 (trinta e seis) acórdãos na esfera do STF, STJ e TJMA formaram-se 23 (vinte e três) categorias iniciais de análise de conteúdo dos mesmos, que após o agrupamento progressivo resultaram em 8 (oito) categorias intermediárias: negligência, abuso físico, abuso verbal, abuso sexual, abuso psicológico, direitos e princípios violados, responsabilidade civil (subjéctiva/objetiva) e sanções tipificadas. Tais categorias foram submetidas ao mesmo processo de agrupamento progressivo, obtendo-se duas categorias finais: violação à autonomia da mulher de dispor sobre o seu próprio corpo e sexualidade e incapacidade de compreensão do sistema de justiça acerca da amplitude do fenômeno.

Primeiramente, vislumbra-se em todo o percurso metodológico traçado através da análise de conteúdo (BARDIN, 1977) dos acórdãos e entrevistas, um judiciário por vezes ainda despreparado para lidar com questões atinentes à violência de gênero, em especial, a violência obstétrica, objeto deste estudo. Os acórdãos estudados são claros em expor modalidades latentes de violência obstétrica discutidas no decorrer do trabalho: a negligência, o abuso físico, verbal, sexual e psicológico vislumbrados a partir de condutas que violam direitos e que foram percebidas claramente nos depoimentos das parturientes, tais como: o atendimento inadequado, a peregrinação por leito, manobra de Kristeller, aplicação de ocitocina, as lesões físicas e neurológicas no neonato, o tratamento verbal grosseiro e humilhante, os indiscriminados exames de toque, a episiotomia e o abalo anímico que pode acompanhar todas estas condutas ou ainda se apresentar isoladamente.

Mesmo sendo claros nestas violações, os direitos e princípios vilipendiados à prática da violência estudada, dentre os quais, cita-se o princípio nuclear da Constituição Federal – a dignidade da pessoa humana, o direito à vida, o direito à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos, o direito à informação e o princípio da autonomia, os mesmos não são mencionados nos acórdãos, ressaltando-se apenas um aresto do TJMA que citou o princípio da dignidade da pessoa humana.

Em 100% dos acórdãos analisados discute-se a responsabilidade civil objetiva ou subjetiva (a depender de cada especificidade) decorrente das lesões, culminando em danos morais e/ou materiais e também em dano estético. A grande problemática que reside em adequar os casos de violência obstétrica à responsabilidade civil, conforme já exposto no capítulo específico sobre a questão, reside justamente no fato de que na responsabilidade subjetiva atribuída aos profissionais de saúde é necessária a comprovação do elemento culpa, que requer uma conduta ligada à ideia de erro médico nas modalidades de negligência, imprudência e/ou imperícia, um enquadramento não coadunável à maioria dos atos pertinentes à violência obstétrica.

Além disso, tem-se a dificuldade em comprovar o nexo causal entre a conduta e o dano que requer, na maioria dos casos, perícias judiciais para análise de dados concretos envolvendo sequelas na mãe e no neonato, desqualificando, portanto, os danos psicológicos tão recorrentes nas práticas iatrogênicas referidas, frequentemente invisibilizando-os por completo. As dificuldades na produção de provas testemunhais constituem-se também como um entrave para o devido processamento e julgamento das ações em virtude do corporativismo que impera no campo médico, ponto ressaltado na fala de sujeito pesquisado durante a entrevista.

Nesse sentido, os casos relativos à violência obstétrica devem ser prudentemente analisados em suas especificidades a fim de se elucidar e sancionar devidamente a prática ajuizada, uma vez que há várias modalidades de violência obstétrica que não se enquadram na categoria de erro médico, assim como existem erros médicos que são caracterizados como negligência, imprudência ou imperícia e não como violência. Ademais, defende-se a responsabilidade penal subsidiária aos agentes violadores, aplicável somente quando outros meios não se mostrarem eficazes para sancionar a questão.

Observe-se que como no Brasil não existe uma legislação específica que verse sobre a temática, as poucas ações judiciais tomam como parâmetro normativo doutrinário a discussão da responsabilidade civil dos hospitais, profissionais de saúde, Poder público e planos de saúde, bem como sobre erro médico, desconsiderando a amplitude do fenômeno e diluindo o sofrimento dessas mulheres. Ao enquadrar as situações de violência obstétrica como um erro médico minimiza-se a potencialidade de uma iatrogenia que acomete muitas mulheres no ciclo gravídico-puerperal, naturalizando condutas reprováveis, descaracterizando as especificidades dos casos e contribuindo para que as situações sejam encaradas de modo controverso e isolado e não como uma violação de direitos humanos e um grave problema institucional de saúde pública na assistência ao parto. Esse ponto de convergência entre os dados colhidos é observado nos julgados e nas falas dos operadores do Direito que foram entrevistados, uma vez que é possível perceber em algumas falas dos sujeitos, a associação da prática da violência obstétrica atrelada ao erro médico, tendo apenas um informante divergido do referido entendimento.

O paradigma da mulher como um sujeito de autonomia com direitos sobre o seu próprio corpo, não é observado nos julgados, justamente porque, ao que se conclui pela análise dos mesmos, tem-se um tribunal predominantemente conservador e tradicionalista, desconhecedor do fenômeno estudado no presente trabalho, evidenciando-se como prioritariamente imperito para o julgamento de causas cujo objeto seja a violência obstétrica.

Nesse sentido, o sujeito (mulher) não é respeitado sob uma perspectiva de gênero, os acórdãos não dão voz às personagens principais que tiveram suas vidas violadas pela violência obstétrica nem aos seus sofrimentos, que, quando surgem nos textos decisórios, emergem apenas de modo secundário ou pouco importante. Percebe-se mais um ponto de convergência observado tanto nos acórdãos quanto nas falas de alguns dos sujeitos pesquisados ao se questionar acerca da autonomia dos agentes de saúde e das parturientes em que esse direito da mulher é relativizado ou em outras falas nem sequer é considerado.

A busca por uma norma de forma dedutivista lógico-formal, típico do paradigma normativo-doutrinário que impera no Direito, principalmente no que tange às questões da contemporaneidade, culmina com o amordaçamento dessas mulheres. Sob essa perspectiva, Streck (2011) postula que essas questões ilustram justamente a histórica dificuldade da dogmática jurídica em lidar com fenômenos sociais.

Desta forma, a cultura jurídica *standard*, dentro da qual o juiz amolda seu dia a dia a partir de soluções e conceitos lexicográficos, recheando os despachos, decisões e sentenças com ementas jurisprudenciais que são citadas na maioria das vezes de modo completamente descontextualizado, segue ignorando, nos julgados, o contexto social e histórico no qual estão inseridos os atores sociais. Em consequência disso, o processo de interpretação da lei, passa a ser um jogo de cartas re(marcadas) e essa alienação do jurista corrobora para a supressão das garantias de direitos. Este é outro ponto de convergência observado entre os acórdãos e as entrevistas realizadas uma vez que ao se perguntar acerca da compreensão dos entrevistados sobre a violência obstétrica, a maioria das concepções esboçou um conceito normativo/doutrinário para a prática e isso se reflete nas decisões judiciais através do uso do senso comum jurídico reforçado pela reprodução mecânica da legalidade em detrimento da reflexão.

Mais um ponto de convergência pode ser observado entre os dados oriundos da análise dos acórdãos e entrevistas realizadas no que tange à extensão dos danos materiais, morais e/ou estéticos<sup>151</sup> tipificados nas condutas de violência obstétrica. A fala de apenas um desembargador diverge das demais uma vez que o entrevistado aludido evidencia reconhecer várias espécies de danos que podem ser aplicáveis nas ocorrências de violência obstétrica.

A teoria da perda de uma chance também como possibilidade foi observada em uma unidade de contexto e destacada em dois dos acórdãos analisados. Dos sujeitos pesquisados, três apresentaram falas que demonstraram a priorização dos aspectos emocionais advindos dos danos obstétricos, o que nem sempre pode ser observado nos acórdãos analisados, uma vez que mesmo ao sancionar danos morais, os acórdãos negligenciam questões anímicas importantes ao não mencionar o potencial dano psicológico que a violência obstétrica acarreta nas vítimas, uma vez que ainda se busca a materialização da violência psicológica.

---

<sup>151</sup> Conforme exposto anteriormente, em 15 (quinze) acórdãos vislumbrou-se o dano moral; em 19 (dezenove) acórdãos foram reconhecidos os danos morais e materiais e 2 (dois) dos acórdãos configuraram danos morais e estéticos.

Diverge dos acórdãos, algumas falas dos sujeitos pesquisados que apresentaram perspectivas diferenciadas e capazes de reconhecer a amplitude do panorama da violência estudada e as suas peculiaridades, apontando, em seus discursos, questões cruciais que foram expostas no decorrer da pesquisa, tais como, a invisibilidade e a naturalização da violência obstétrica e seu liame com a violência institucional e com a violência de gênero, além da importância do direito à informação como garantidor para promoção da autonomia da mulher, pontos que não puderam ser vislumbrados nos arestos analisados.

Na última pergunta realizada aos sujeitos entrevistados, ao se questionar se estes gostariam de expor algumas considerações que não haviam sido pontuadas nas perguntas anteriores, ressalta-se um considerável número das falas apontando a relevância temática do estudo e a importância da pesquisa para área do Direito, fator completamente diverso do percebido em 5 (cinco) gabinetes visitados durante a observação sistemática que demonstraram desconsideração para com a pesquisa. Em outra unidade de contexto, é possível perceber também falas que demonstram o respeito e a urbanidade vislumbrados na fala dos informantes no que tange à humanização no trato das mulheres grávidas, demonstrando dar importância à humanização e o respeito à integridade pessoal da mulher.

Nesse sentido, a violência simbólica observada nas práticas de violência obstétrica e também na atuação do próprio Poder Judiciário, conforme demonstrou-se através da análise das entrevistas e da observação sistemática com registros em diário de campo, legitima outros tipos de violência, fazendo com que padrões estereotipados e procedimentos invasivos sejam disseminados como práticas “normais”, sendo utilizados para transmitir e reproduzir dominação, desigualdade e discriminação, naturalizando práticas iatrogênicas que se configuram como violência de gênero.

Diante destas ponderações, fica evidente a necessidade dos operadores do sistema de justiça estarem tecnicamente habilitados para compreenderem as bases estruturais e históricas da violência de gênero atrelada às especificidades da violência obstétrica, uma vez que a hipossuficiência técnica diante da temática constitui um dificultador na promoção do acesso à justiça por tais mulheres, contribuindo para que estas não tenham um julgamento justo, ou seja, perito, para suas causas.

Mediante tais apontamentos, entende-se que a omissão do Estado brasileiro, no que se refere à proteção jurídica efetiva da mulher parturiente, configura-se como negligência com relação a esta modalidade específica de violência. A tutela é necessária, pois o poder de escolha da mulher é cerceado, e o abuso à sua integridade física, psicológica e moral ocorre de forma ampla, intensa e desestruturante, conforme demonstrado ao longo de todo o presente

estudo. Deste modo, alertar a sociedade acerca dos abusos cometidos contra a gestante no momento de parto é determinante para garantir o respeito aos direitos das mulheres parturientes.

Infelizmente, ainda não há instrumentos próprios para identificar e notificar a violência obstétrica, o que colabora para que o problema continue invisibilizado tanto na esfera social quanto jurídica. Ademais, os serviços que funcionam atualmente não encontram-se de todo preparados para receber denúncias de violação no tratamento obstétrico. No entanto, mesmo diante da ausência de uma legislação nacional que verse sobre a temática, o Brasil é signatário de importantes instrumentos internacionais com natureza de norma constitucional e com aplicabilidade imediata que possuem o condão de inibir tais práticas, mas que são, infelizmente, também negligenciados, sem que sejam referenciados nas peças de defesa das mulheres que ajuízam ações ou nas sentenças e decisões referentes à temática em estudo.

Nesse sentido, defende-se que a violência obstétrica como forma de violência de gênero deve ser difundida, sobretudo através de seu reconhecimento em decisões judiciais, uma vez que em função da condição de intensa vulnerabilidade durante a gestação, cada vez mais mulheres sofrem este tipo de violação, ainda pouco reconhecida.

Nessa esteira, se faz necessário pleitear a capacitação continuada dos magistrados e demais operadores do direito para que possam compreender melhor a temática e assim aprofundar seus conhecimentos transdisciplinares a fim de que sejam proferidas decisões melhor embasadas tecnicamente e que determinem sanções proporcionais à gravidade dos casos levados a juízo. Ademais, insta salientar, a importância da capacitação continuada dos profissionais da área de saúde que contemple uma visão social e humanística de suas atuações, incluindo-se o reconhecimento de direitos dos pacientes, de modo a oferecer à parturiente um processo de atenção adequado no ciclo gravídico-puerperal.

É premente também a necessidade de divulgação do tema por meio de políticas públicas de prevenção, bem como a necessidade de conscientização da população em geral acerca do parto humanizado, para que as parturientes possam efetivamente reconhecer e passar a pleitear seus direitos, pois, infelizmente, o número expressivo de mulheres que sofrem violência obstétrica ainda não pode ser mensurado ou sequer inferido através dos poucos casos que chegam aos tribunais.

Finalize-se a presente dissertação com a Carta de Direitos para as Mulheres Agredidas proposta por Ball e Wyman. Trata-se de um mantra de empoderamento a todas as mulheres vítimas de algum tipo de violência:

**Eu tenho o direito de não ser agredida;**  
**Eu tenho o direito de sentir raiva das agressões passadas;**  
**Eu tenho o direito de mudar essa situação;**  
**Eu tenho o direito de estar livre do medo e do abuso;**  
**Eu tenho o direito de requisitar e de contar com a assistência da polícia e das agências governamentais;**  
**Eu tenho o direito de compartilhar os meus sentimentos e de não ser isolada das outras pessoas;**  
**Eu tenho o direito de querer um modelo de comunicação melhor para os meus filhos;**  
**Eu tenho o direito de ser tratada como um adulto;**  
**Eu tenho o direito de abandonar um ambiente violento;**  
**Eu tenho o direito à privacidade;**  
**Eu tenho o direito de expressar os meus pensamentos e os meus sentimentos;**  
**Eu tenho o direito de desenvolver os meus talentos e as minhas habilidades individuais;**  
**Eu tenho o direito de tomar as necessárias medidas judiciais contra o parceiro violento;**  
**Eu tenho o direito de não ser perfeita.** (1985 *apud* OLIVEIRA, 2017, p. 1, grifo nosso).

Este trabalho é uma resposta a tais mulheres, é um clamor para que a violência obstétrica não siga sendo naturalizada. É um clamor para que todas as pessoas (agentes do sistema de justiça, agentes do sistema de saúde, parturientes e sociedade civil) sejam despertadas conscientemente para a importância deste tema, infelizmente, um mal, que apesar de secundarizado, impera poderoso e cruel em nosso país, violentando mulheres de diferentes classes sociais e lamentavelmente invisibilizado.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 214 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAÚJO, Jailton Macena de. **Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal**. Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito. Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba, nº 02 - 2º Semestre de 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20428/11799>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. 2ª edição. 5ª tiragem. São Paulo: Malheiros Editores, 2017.

ALMEIDA NETO, Amaro Alves de. **Dano existencial**: a tutela da dignidade da pessoa humana. Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 6, n. 24, mês out/dez, 2005.

ALVARENGA, Lúcia Barros Freitas de. **Discriminación y violencia contra la mujer**. Uma cuestión de género. Porto Alegre: Núria Fabris Ed., 2011.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Femina, Rio de Janeiro, vol. 36, nº 1, jan. 2008, p. 47-54.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Londrina, 2014.

ARGENTINA. **Ley nacional nº 25.929**. Parto Humanizado. Disponível em: <[https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf)> Acesso em: 16 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 26.485**. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Abril, 2009. Disponível em: <[http://www.cnm.gob.ar/legNac/Ley\\_26485\\_decreto\\_1011.pdf](http://www.cnm.gob.ar/legNac/Ley_26485_decreto_1011.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

ARREGUY, Juliana. **‘Não respondia por mim’, diz mulher que levou arma para hospital após violência no parto**. 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/nao-respondia-por-mim-diz-mulher-que-levou-arma-para-hospital-apos-violencia-no-parto-21691092>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

AYALES, Ivannia. *Genero en desarrollo: de la vivencia a la reflexión*. In: AYALES, Ivannia et al. **Genero, comunicacion y desarrollo sostenible: aportes conceptuales y metodológicos**. Coronado, Costa Rica: IICCA; ASDI, 1996.

ÁVILA, Thiago André Pierobom de et al. **Modelos europeus de enfrentamento à violência de gênero: experiências e representações sociais**. Brasília: ESMPU, 2014. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/07/MEEVG-E-book.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de. **A força do direito e a violência das formas jurídicas**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 19, n. 40, p. 27-41, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v19n40/04.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. **Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROSO, Luís Roberto. **A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação**. Versão provisória para debate público. Mimeografado, dezembro de 2010. Disponível em: <[http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade\\_texto-base\\_11dez2010.pdf](http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf)>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BARROSO, Luis Roberto. *Grandes transformações do direito contemporâneo e o pensamento de Robert Alexy*. In: TRIVISONNO, Alexandre Travessoni; SALIBA, Aziz Tuffi; LOPES, Mônica Sette (orgs.). **Robert Alexy: princípios formais e outros aspectos da teoria discursiva do direito**. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2014. p. 69-99.

BEUACHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural**. Salvador: GRAFUFBA, 1999.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Manual de Direito Penal: parte especial**. Vol. 2. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 2010.

BONELLI, Maria da Glória. **Profissionalismo e política no mundo do direito**. São Carlos: Edufscar, 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução: Mariza Corrêa. 9ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.

\_\_\_\_\_. **A Dominação Masculina**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

\_\_\_\_\_. **Coisas Ditas**. Tradução Cássia R. da Silveira e Denise Moreno Pegorim; revisão técnica Paula Montero. São Paulo: Brasiliense, 2004.

\_\_\_\_\_. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1994.

\_\_\_\_\_. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A, 1989.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010.

BRAGA, Ana Gabriela Mendes; ANGOTTI, Bruna. Da hipermaternidade à hipomaternidade no cárcere feminino brasileiro. SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 12 n. 22, p. 229 – 239, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução normativa nº 262, de 1 de agosto de 2011**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: ANVISA, 2008.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI da Mortalidade Materna**. Brasília (DF), 2001. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/parlamentar-de-inquerito/51-legislatura/cpimater/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Código de Defesa ao Consumidor (Lei 8.078/90)**. Vade Mecum Compacto. São Paulo: Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Cadernos HumanizaSUS; v. 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/parto-aborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Coleção de Estudos Temáticos sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da Rede de Laboratórios Acadêmicos para Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** 2004. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/pn000001.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Projeto de lei nº. 2589/2015.** Deputado Federal Pr. Marco Feliciano (PSC/SP). Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Disponível em: <[http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Projeto de lei nº. 7633/2014.** Deputado Federal Sr. Jean Wyllys (PSOL-RJ). Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Senado Federal. Brasília, 27 de maio de 2014d. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1257785.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Agravo em Recurso Especial nº 221.113 – RJ**. Agravante: Município do Rio de Janeiro. Agravado: Carla Ferreira Grees do Nascimento e outro. Relator: Min. Herman Benjamin. Brasília, 23 de outubro de 2012. Disponível em: < [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1189462&num\\_registro=201201775319&data=20121031&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1189462&num_registro=201201775319&data=20121031&formato=PDF)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Agravo em Recurso Especial nº 628.542 – RJ**. Agravante: Município do Rio de Janeiro. Agravado: R de O R (menor impúbere). Repr. por: Renata Ferreira de Oliveira e Ricardo Monteiro Ribeiro. Relator: Min. Sérgio Kukina. Brasília, 05 de fevereiro de 2015. Disponível em: < [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1380292&num\\_registro=201403165739&data=20150213&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1380292&num_registro=201403165739&data=20150213&formato=PDF)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Agravo em Recurso Especial nº 180.480 – SP**. Agravante: Clínica São Caetano LTDA. Agravado: Fernanda Righi Virgulino Silveira. Relator: Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. Brasília, 18 de fevereiro de 2014. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1297860&num\\_registro=201201025986&data=20140228&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1297860&num_registro=201201025986&data=20140228&formato=PDF)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **EDcl nos EDcl no Agravo em recurso especial nº 706.352 – MG**. Embargante: Fundação de Assistência Integral à Saúde – Hospital Sofia Feldman. Embargado: F J G DE S (menor). Repr. por: Eliésio Soares de Souza e Maria Lúcia Gonçalves de Souza. Relator: Min. Raul Araújo. Brasília, 10 de março de 2016. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1495357&num\\_registro=201501030808&data=20160330&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1495357&num_registro=201501030808&data=20160330&formato=PDF)>. Acesso em: 10 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.195.656 – BA**. Recorrente: Domingos José Garcia Herranz. Recorrido: Tânia Ribeiro Lomanto. Relator: Min. Massami Uyeda. Brasília, 16 de agosto de 2011. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1079816&num\\_registro=201000946620&data=20110830&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1079816&num_registro=201000946620&data=20110830&formato=PDF)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 719.738 – RS**. Recorrente: Estado do Rio Grande do Sul. Recorrido: Ana Maria Bresolin. Relator: Min. Teori Zavascki. Brasília, 18 de setembro de 2008. Disponível em: < <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/810165/recurso-especial-resp-719738-rs-2005-0012176-7>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ag.reg. no Agravo de instrumento 852.237 - Rio Grande do Sul**. Agravante: União. Agravado: Vania Daniela Freitas Cardoso. Relator: Min. Celso de Mello. Brasília, 25 de junho de 2013. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=4463295>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **Ag.reg. no Recurso extraordinário 600.866 - Rio de Janeiro**. Agravante: Município do Rio de Janeiro. Agravado: Norma Maria de Souza. Relator: Min. Gilmar Mendes. Brasília, 27 de novembro de 2012. Disponível em:

<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3189010>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Código Civil**. Vade Mecum Compacto. São Paulo: Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Código Penal**. Vade Mecum Compacto. São Paulo: Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**. Vade Mecum Compacto. São Paulo: Saraiva, 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Agravo em Recurso Especial nº 672.584 – DF**. Agravante: Distrito Federal. Agravado: M.E.P.C. (menor impúbere). Repr. por: : Z P da S. Relator: Min. OG Fernandes. Brasília, 22 de setembro de 2015. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1446199&num\\_registro=201500464180&data=20151007&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1446199&num_registro=201500464180&data=20151007&formato=PDF)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Direito, sexualidade e reprodução humana**: conquistas médicas e o debate bioético. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. **Método de análise de conteúdo**: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):611-4.

CAPPELLETTI, Mauro; GARTH, Bryant. **Acesso à justiça**. Porto Alegre: Fabris, 1988.

CARNEIRO, Rosamaria. “**Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor**”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, ISSN 1984-6487, n. 20, aug. 2015, pp. 91-112. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>

CARVALHO, Clarissa. **Violência obstétrica**: etnografia de uma comunidade no facebook. In: V REA XIV ABANNE, 2015, Maceió. Anais 2015 V REA XIV ABANNE. Maceió: EDUFAL, 2015. p. 112-123. Disponível em: <[http://www.evento.ufal.br/anaisreaabanne/gts\\_download/Clarissa%20Sousa%20de%20Carvalho%20-%201018971%20-%203614%20-%20corrigido.pdf](http://www.evento.ufal.br/anaisreaabanne/gts_download/Clarissa%20Sousa%20de%20Carvalho%20-%201018971%20-%203614%20-%20corrigido.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CARVALHO, Laëtítia Cristina Varejão. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto**. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio%20Final%20La%C3%ABtitia%20Carvalho.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

CARVALHO, Márcia Haydée Porto de. **A defesa da honra e o direito de informação**. Florianópolis, SC: Letras contemporâneas, 2002.

CASTRO, João Monteiro de. **Responsabilidade civil do médico**. São Paulo: Método, 2005.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. Sobre o Medo. In: CARDOSO Sérgio et al. **Os sentidos da paixão**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

CHAZAN, Lilian Krakowski. **Meio quilo de gente**: um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

CIELLO, Cariny et al. Parto do princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"**. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, "Convenção Belém do Pará"**. Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Organização dos Estados Americanos. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: <[http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2016.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE MULHERES (CIM). Mecanismo de Seguimento da Convenção de Belém do Pará (MESECVI). **Segundo informe hemisférico sobre a implementação da Convenção de Belém do Pará**. 2012. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-ES.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CONRAD, Peter. **Medicalization and Social Control**. Ann. Rev. Sociology, v. 18, pp. 209-232, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM nº 2.144/2016**. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília, 17 de março de 2016. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SANTA CATARINA.

**Manual de orientação ética e disciplinar.** v. 1, 2 ed. rev. e atual. Florianópolis, CREMESC, 2000. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/regional/crmesc/manual/parte3d.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2017.

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos:** uma perspectiva feminista. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (1/2), p. 147-177, 1996.

CORREIA-LIMA, Fernando Gomes. **Erro médico e responsabilidade civil.** Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 2012.

COSTA, Judith Martins. **Bioética e dignidade da pessoa humana:** rumo à construção do Biodireito. *Revista da Faculdade de Direito da UFRGS*, v. 18, 2000.

COSTA, Tonia et. al. **Naturalização e medicalização do corpo feminino:** o controle social por meio da reprodução. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.10, n.20, p.363-380, jul-dez 2006.

COUTO FILHO, Antonio Ferreira; SOUZA, Alex Pereira. **Instituições de direito médico:** responsabilidade civil à luz do Código Civil de 2002, iatrogenia, teoria da perda de uma chance, filtragem constitucional, legislação. Rio de Janeiro: Forense, 2004.

CUNHA, Eliana. **Violência no parto em Minas Gerais.** Denúncia à Comissão de Direitos humanos da Assembleia Legislativa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/violencia\\_no\\_parto\\_em\\_minas\\_gerais\\_-\\_versao\\_final.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/violencia_no_parto_em_minas_gerais_-_versao_final.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2017.

CURITIBA (PR). **Lei nº 14.598, de 16 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/lei-ordinaria/2015/1459/14598/lei-ordinaria-n-14598-2015->>. Acesso em: 17 jul. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions:** an emerging problem. *The Lancet*, Vol 359, May 11, 2002. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(02\)08592-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)08592-6.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2016.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs.). **Questões de saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 337-355. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

DALAZEN, João Oreste. **Aspectos do Dano Moral Trabalhista.** *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, Porto Alegre, v. 65, nº 1, out./dez, 1999.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência obstétrica:** você sabe o que é? Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013. Disponível em: <

<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascere/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

DIADEMA (SP). **Lei municipal nº 3.363, de 1º de outubro de 2013**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema. Disponível em: < [http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis\\_integra.php?chave=336313](http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313)>. Acesso em: 17 jul. 2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro**. 2002. Dissertação (Mestrado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. **Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2647-2655, dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 13(5):1521-1534, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/17.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

DIAS, Maria Berenice. **A mulher e o Poder Judiciário**. Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 10 Dez. 2008. Disponível em: <[investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/judiciario/2229-a-mulher-e-o-poder-judiciario](http://investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/judiciario/2229-a-mulher-e-o-poder-judiciario)>. Acesso em: 29 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Conversando sobre justiça e os crimes contra mulheres**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. 2003. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. 263 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

\_\_\_\_\_. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Setembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) alcança limites**. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006; 1(1):80-91.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil**: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*. 2015. 25(3): 377-384. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>>. Acesso em: 15 maio 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto**: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. **O que é Bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2012.

DINIZ, Francisco Rômulo Alves; OLIVEIRA, Almeida Alves de. **Foucault**: do poder disciplinar ao biopoder. *Scientia* vol. 2, nº 3, p. 01 - 217, nov. 2013/jun.2014. Disponível em: <[http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/FRANCISCOROMULOALVESDINIZ.pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCISCOROMULOALVESDINIZ.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2016.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**: responsabilidade civil. 21ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DOMINGOS, Sérgio. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Ano 10, vol. 19. Brasília, Revista Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal, jan/jun 2002.

DONATO, Verônica Chaves Carneiro. **O poder judiciário no Brasil**: estrutura, críticas e controle. 2006. 107 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Direito Constitucional, Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp041679.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. **A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação**. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 7 (2): 150-173, abr/jun, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a03.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Contra a violência obstétrica**. 2017. Disponível em: <<https://www.febasgo.org.br/noticias/item/170-contra-a-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

FERRAZ, Octavio Luiz Motta. **Responsabilidade civil da atividade médica no Código de Defesa do Consumidor**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERREIRA, Ana Laura Carneiro Gomes et al. **Disfunções sexuais femininas**. FEMINA, Novembro 2007, vol. 35, nº 11. Disponível em: <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/FEMINA\\_Novembro-691.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/FEMINA_Novembro-691.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2017.

FERREIRA, Jussara Suzi Assis Borges Nasser. **Bioética e biodireito**. Scientia Iuris, Revista do Curso de Mestrado em Direito Negocial, da Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR): (213): 49, 1998/1999.

FILHO, Roberto Freitas. As normas abertas e o método do ensino jurídico. In: Ghirardi, José Garcez e Feferbaum, Marina. **Ensino do direito em debate**: reflexões a partir do 1º Seminário Ensino Jurídico e Formação Docente /São Paulo: Direito GV, 2013.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Edições Loyola, São Paulo, 1999c.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. Trad. Mana Ermantina Galvão – São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.

\_\_\_\_\_. O Sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir**. Nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramalhete. 20ª ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999a.

FRAZON, Ana Carolina Arruda; SENA, Ligia Moreiras. **Teste da Violência Obstétrica**. Violência obstétrica é violência contra a mulher. Resultados da ação de blogagem coletiva, 2012.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil: responsabilidade civil**. v. 3. 13ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GARCIA, Begonã et al. **Dossier STOP Kristeller**: riesgos para la madre y el bebé. 2013. Disponível em: <<https://www.elpartoestuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-riesgos-para-la-madre-y-el-bebe>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATION, Marilyn K.; LUZ, Madel Therezinha. **Pisada como Pano de Chão**: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GOMES, Celeste Leite dos Santos Pereira; SANTOS, Maria Celeste Leite; SANTOS, José Américo. **Dano Psíquico**. São Paulo: Oliveira Mendes, 1998.

GOMES, Júlio César Meirelles; FRANÇA, Genival Veloso de. Erro médico. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; OSELKA, Gabriel; GARRAFA, Volnei (coordenadores). **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. Disponível em: <[http://www.portalmédico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/indice.htm](http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm)>. Acesso em: 27 nov. 2017.

GOMES, Luiz Flávio. **A crise (tríplice) do ensino jurídico**. 2008. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/29134-29152-1-PB.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade Civil**. 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

GONÇALVES, Tamara Amoroso. A proteção à liberdade sexual feminina como expressão da tutela da dignidade humana: os direitos sexuais da mulher na contemporaneidade. In FERRAZ, Carolina Valença (Coord.). **Manual dos direitos da mulher**. São Paulo: Saraiva, 2013.

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza**: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio, 2002.

HEISE, Lori L. **Violence against women**: the hidden health burden. World Bank Discussion Papers, Washington, D.C.: World Bank, 1994.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. 360 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007.../sonianhotimsky.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007.../sonianhotimsky.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia**. Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR – Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?** Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.

KONDO, Cristiane Yukiko et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”**: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo: Parto do Princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014a. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-donascer/assets/pdf/controversias/Episiotomia.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica 1 ed. São Paulo: Parto do princípio; Espírito Santo: Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014b. Disponível em: <

<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

LAURETIS, Teresa de. **Technologies of gender**. Essays on Theory, Film, and Fiction. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1987.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

LEITE, Juliana Campos. **Abordagem jurídica da violência obstétrica**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação - Departamento de Filosofia do Direito e Disciplinas Básicas) – Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

LEPARGNEUR, Hubert. **Força e fraqueza dos princípios da bioética**. Bioética – v.4, nº2, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1996.

LOCH, Jussara de Azambuja. Princípios da Bioética. In: KIPPER, Délio José. **Uma Introdução à Bioética**. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002. p. 12-19

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

LUZ, Ana Beatriz Vieira da. A Responsabilidade civil do Estado nos hospitais públicos. **O ato médico**: aspectos éticos e legais. Rio de Janeiro: Rubio, 2002.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. **Violência obstétrica**: ativismo nas redes sociais. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v.23, n.3, pp.475-484, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0622>>. Acesso em: 04 maio 2017.

LUZ, Madel Therezinha. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

MACHADO, Antonio Alberto. **Ensino jurídico e mudança social**. Franca: Edunesp, 2005.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MAIA, Mônica Bara. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório. **Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada**: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL), Curitiba-PR, vol. 2, nº 25, jul/dez 2016, p. 48-60. Disponível em: <

<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/viewFile/865/822>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MASSON, Cleber Rogério. **Direito penal esquematizado: parte especial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense. São Paulo: Método, 2012, vol. 2.

MATTAR, Laura Davis. **Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais** – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos. Ano 5, Número 8, São Paulo, Junho de 2008.

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; VELOSO, Roberto. **Entre a autonomia da vontade kantiana e o princípio da autonomia de Beauchamp e Childress**: uma discussão acerca da autonomia e da dignidade humana na Bioética e no Direito. Perspectiva Filosófica, Vol. 42, nº 1, 2015, ISSN: 23579986.

MELO, Nehemias Domingos de. **Responsabilidade civil por erro médico: doutrina e jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MÉXICO. **Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia**. Disponível em: <<http://www.cofemer.gob.mx/LGAMVLV.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

MITJAVILA, Myriam. **Medicalização, risco e controle social**. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 27, n. 1, 117-137, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00117.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2017.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Danos à pessoa humana: uma leitura civil constitucional dos danos morais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MORAES, Nereu Cesar de. **Erro médico: aspectos jurídicos**. Rev Bras Cir Cardiovasc 1996;11 (2): 55-9.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORO, Eduardo Toshiyuki. **Jejum pré-operatório**. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 5, n. 1, p. 27-29, 2003.

MOTT, Maria Lúcia. **Dossiê Parto**. Revista de Estudos Feministas, Santa Catarina. V. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

MOZDZENSKI, Leonardo Pinheiro. **Análise crítica do discurso jurídico: uma proposta de investigação**. Revista da Faculdade de Direito de Caruaru / Asces – v. 42, nº 1, p. 01-20, Jan/Jun/2010.

MURANO, Rose Marie. BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. São Paulo: Record, 2010.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. **Violência obstétrica: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste**. (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2015.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho; SEVERI, Fabiana Cristina. **Violência obstétrica e acesso das mulheres à justiça: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região sudeste**. Panóptica, v. 11, n. 2, p. 430-470, jul./dez. 2016.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. 157 p.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Cabral Barroso de. **A Violência Contra as Mulheres: Como Lidar com as Marias, as Martas e as Eloás?** LexInform, 2017. Disponível em: <<http://lexinform.com.br/a-violencia-contras-as-mulheres-como-lidar-com-as-marias-as-martas-e-as-eloas/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira Oliveira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(2):e06500015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.

ORDACGY, André da Silva. **A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão**. 2008. Disponível em: <<http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Comissão Nacional da UNESCO – Portugal, 2005. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2017.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. 1997. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. **Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica**. 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PANAMÁ. **Ley nº 82/2013**. Tipifica el Femicidio y la violencia contra la Mujer. Disponível em: <[http://oig.cepal.org/sites/default/files/2013\\_pan\\_ley82.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2017.

PARIENTE, Claudia. El parto es nuestro. **Erradicar la maniobra de Kristeller** - Una cuestión de gravedad para madres y bebés. 2013. Disponível em: <[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130306Kristeller/nota\\_de\\_prensa\\_2013\\_kristeller.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130306Kristeller/nota_de_prensa_2013_kristeller.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; MARTINS, Cátia Paranhos. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado**. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PERASSO, Valéria. **'Epidemia' de cesáreas: por que tantas mulheres no mundo optam pela cirurgia?** BBC, 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719\\_cesarianas\\_mundo\\_rb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb)>. Acesso em: 27 abr. 2017.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. **Relação médico-paciente: o respeito à autonomia do paciente e a responsabilidade civil do médico pelo dever de informar**. 2010. 269 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pós-Graduação em Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PEREIRA, Wilza Rocha. **Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde**. Texto Contexto Enfermagem, 2004, Jul-Set; 13(3):391-400.

\_\_\_\_\_. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde que atende às mulheres em situação de gestação parto e puerpério**. 2000. 181 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PIERANGELI, José Henrique. **Manual de direito penal brasileiro**. Imprensa: São Paulo, Revista dos Tribunais, 2007.

PORCIÚNCULA, Mariana Bello. **Prematuridade tardia e o contexto da atenção pré-natal**. 2013. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/77940/000898219.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

PORTO RICO. **Ley nº 156 de 10 de agosto de 2006**. Ley de Acompañamiento durante el Trabajo de Parto, Nacimiento y Post-parto. Disponível em: <<http://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2006/lexl2006156.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. **Episiotomia**: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PROGIANTI, Jane Márcia. **Parteiras, médicos e enfermeiras**: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro-1934/1951). 2001. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

QUEIROZ, Ana Luísa de Magalhães Monteiro de. **Do dano biológico**. 2013. 45 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16807/1/DO%20DANO%20BIOL%C3%93GICO.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

RABELO, Leila Regina. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar**. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RAMOS, Itamar de Ávila. **A responsabilidade civil dos estabelecimentos de saúde**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

RATTNER, Daphne et al. **ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/849/812>>. Acesso em: 09 maio 2017.

RATTNER, Daphne. **Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo**. Rev. Saúde Pública, 30 (1): 19-33, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n1/5039.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). **Carta de Campinas**. Mimeo. 1993.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. **A peregrinação no período reprodutivo**: uma violência no campo obstétrico. Esc Anna Nery 2015;19(4):614-620. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ROVINSKI, Sônia Liane Reichert. *Dano psíquico em mulheres vítima de violência*. Rio de Janeiro. Editora Lúmen, 2004.

\_\_\_\_\_. **Danos psíquicos causados a mulheres vítimas de violência não podem ser descartados**. 2009. Disponível em: <<http://mp-ba.jusbrasil.com.br/noticias/1668497/danos-psiquicos-causados-a-mulheres-vitimas-de-violencia-nao-podem-ser-descartados>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, (Coleção Brasil Urgente), 2004.

\_\_\_\_\_. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Meio grogue e com as mãos amarradas**: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Journal of Human Growth and Development* 2013; 23(2): 190-197.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <[http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_lei.html](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html)>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres**. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 dez; 12 (4): 645-50.

SARDENBERG, Cecília M. B. **A violência simbólica de gênero e a lei “antibaixaria” na Bahia**. OBSERVE: NEIM/UFBA, 2011.

SARDENBERG, Cecília M. B; MACEDO, Márcia S. Relações de gênero: uma breve introdução ao tema. In: COSTA, Ana Alice Alcantara; RODRIGUES, Alexnaldo Teixeira; VANIN, Iole Macedo (orgs.). **Ensino e gênero: perspectivas transversais**. Salvador: UFBA - NEIM, 2011, p.33-48.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Direitos Fundamentais em espécie. In: **Curso de Direitos Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012, p. 609-611.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **No encontro da técnica com a ética**: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v.1, n.1, p. 123-40, 1997.

\_\_\_\_\_. **O médico e suas interações:** a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec, 2008.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.5, pp.797-807. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SCOTT, Joan. **Gênero:** uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade, 1995.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. **Medicalização x humanização:** o cuidado ao parto na história. Revista Enfermagem UERJ: 2005; 13:245-51.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanele. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães:** relato de duas experiências. Interface – Comunicação, saúde e educação; 2017; 21(60):209-2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2017.

SERAPIONI, Mauro. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde:** algumas estratégias para a integração. Ciênc. saúde coletiva, vol.5, nº.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

SEVERI, Fabiana Cristina. **Direitos humanos das mulheres e a transversalidade de gênero no sistema de justiça.** Revista de Estudos Jurídicos, a. 15, n. 22, 2011.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo:** exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280, Vol.17. nº 1 (2015).

SILVA, Artenira da Silva e. **Personalidades REconstruídas em aula de aula:** um olhar psicológico sobre o ensino médico. 1. ed. São Luís: SENAC, 2005. v. 1. 126p

SILVA, Artenira da Silva e; ALVES, José Márcio Maia. **A tipificação da “lesão à saúde psicológica”:** revisitando o artigo 129, do Código Penal à luz da Lei Maria da Penha. XXV Encontro Nacional do Conpedi, Brasília, 2016, p. 77-96.

SILVA, Artenira da Silva e; CARVALHO, Márcia Haydée Porto de; VIANA, Lucian da Silva. Expectativas dos jurisdicionados em relação à atuação dos magistrados nas varas de família: conciliação em foco. In: CHAI, Cássius Guimarães (org.). **Mediação Familiar, Infância, Idoso e Gênero.** 1ed. Rio de Janeiro: GlobalMediation.com, 2014, v. 1, p. 204-217.

SILVA, Artenira da Silva e; MADUREIRA, Amanda Silva; MANSO, Almudena García. O machismo institucional contra mulheres em situação de violência de gênero: reflexões iniciais sobre a efetividade da Lei Maria da Penha no Brasil. In: MIRANDA, Jorge; MORAIS, Jose Luis Bolzan de; RODRIGUES, Saulo Tarso; MARTÍN, Nuria Belloso. (Org.). **Hermenêutica, Justiça Constitucional e Direitos Fundamentais.** 1ed.Curitiba: Juruá, 2016, p. 417-434.

SILVA, Artenira da Silva e; SILVA, Raul Campos. O Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão e o Novo Código de Processo Civil: a assimilação de novos cuidados para a fundamentação de decisões judiciais com base em precedentes. In: **Processo, jurisdição e efetividade da justiça II** [Recurso eletrônico on-line]. Florianópolis: CONPEDI, 2016.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 36 ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Violência silenciosa**: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.21, pp.93-103. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

SILVA, Maria Borba de; GRIGOLO, Tânia Maris. **Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II**. Florianópolis: Udesc, 2002. (Caderno Pedagógico).

SIQUEIRA, Patrícia Regina Affonso de. **A assistência da enfermeira ao parto normal**: relatos e atos na visão das mulheres. 2001. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOARES, Saulo Cerqueira de Aguiar. **Responsabilidade criminal do médico embasado no Código de Ética Médica**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII, n. 82, nov 2010. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8606](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8606)>. Acesso em: 07 jul. 2017.

SOUSA, Valéria. **Violência obstétrica**: nota técnica. Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica**: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

SOUZA, Neri Tadeu Camara. **Responsabilidade civil e penal do médico**. Campinas, SP: LZN Ed., 2006.

STRECK, Lenio. **Hermenêutica Jurídica e(m) Crise**: uma exploração hermenêutica da construção do direito. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

TAKAZONO, Patrícia Sayuri; GOLIN, Marina Ortega. **Asfixia Perinatal**: Repercussões Neurológicas e Detecção Precoce. Rev Neurocienc 2013;21(1):108-117. doi: 10.4181/RNC.2013.21.761.10p. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/revisao2101/761revisao.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2017.

TAVIRA, Larissa V. **O nascimento da clínica em Foucault**. Um poder-saber sobre a vida. (Em)Cena – Saúde Mental em Movimento. Palmas: Ceulp/Ulbra, 2014

TEIXEIRA, Ananda Araújo et al. **Distócia de ombro**: relato de caso. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S106-S108. Disponível em: <[www.rmmg.org/exportar-pdf/679/v22s5a30.pdf](http://www.rmmg.org/exportar-pdf/679/v22s5a30.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2017.

TESSER Charles Dalcanale et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária**: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. **Pierre Bourdieu**: a teoria na prática. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, jan.-fev. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO MARANHÃO. **Agravo de instrumento nº 3303-47.2015.8.10.0000 (19055/2015) – Vitória do Mearim**. Agravantes: Rita de Cássia Corrêa Curvelo e P.R.C.das S. representado por Rita de Cássia Corrêa Curvelo. Agravado: Estado do Maranhão. Relator: Des. Ricardo Duailibe. São Luís (MA), 09 de novembro de 2015. Disponível em: <<https://tj-ma.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/257172361/agravo-de-instrumento-ai-190552015-ma-0003303-4720158100000/inteiro-teor-257172367?ref=juris-tabs#>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. RIO GRANDE DO SUL, Tribunal de Justiça. **Apelação Cível nº 70042631820**. Apelante: Marlei Rodrigues da Silva. Apelado: Oscar Richelle Winkler e outro. Relator(a): Desª. Marilene Bonzanini. Porto Alegre, 23 de novembro de 2011. Disponível em: <<https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/20909330/apelacao-civel-ac-70042631820-rs-tjrs/inteiro-teor-20909331?ref=juris-tabs>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. **O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso...** Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): 274-277. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt\\_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

URUGUAI. Ley 18.426. **Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva**. Disponível em: <<http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Março, 2007. Disponível em: <[http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20%281%29\\_0.pdf](http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2016.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil**: Responsabilidade Civil. Vol.4. 3ªed. São Paulo: Atlas S.A., 2003.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3ª ed. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

VENTURI Gustavo; GODINHO Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: <<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Autonomia versus beneficência**. Rev. Bioét (Impr.) 2011; 19(1): 105-17.

WARAT, Luís Alberto. **As vozes Incógnitas das Verdades Jurídicas**. Sequência: Estudos jurídicos e políticos, Florianópolis, n. 14, p. 57-61, jan.-jul. 1987. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/viewFile/16456/15110>>. Acesso em: 23 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Manifestos para uma ecologia do desejo. In: **Territórios desconhecidos**: a procura surrealista pelos lugares do abandono do sentido e da reconstrução da subjetividade. Fundação Boiteux: Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. O Sentido Comum Teórico dos Juristas. IN: FARIA, José Eduardo. (org). **A Crise do Direito numa Sociedade em Mudança**. Brasília: UnB, 1988.

\_\_\_\_\_. **Arte e direito começam a virar a página**. Jornal C&D, Brasília, nº 8, p. 12-13, outubro. 2006. Entrevista concedida à Marta Gama.

\_\_\_\_\_. **Saber crítico e senso comum teórico dos juristas**. Sequência: Estudos jurídicos e políticos, Florianópolis, n. 5, p. 48-57, junho. 1982. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/17121/15692>>. Acesso em: 23 maio 2017.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto**: a percepção de um grupo de puérperas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 717-25.

WHO/UNICEF. World Health Organization/United Nations International Children's Emergency Fund. **Revised 1990 estimates of maternal mortality**. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/FRH/MSM/96.11; UNICEF/PLN/96.1 DISTR.: General

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida**: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz et al. **Episiotomia**: revendo conceitos. Femina, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira et al. **Violência obstétrica** - A voz das brasileiras. Vídeo-documentário. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M&t=1s>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. 224 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 – REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA**

**EXMO(A). SR (a). DESEMBARGADOR(A)**

**MAIANE CIBELE DE MESQUITA SERRA**, brasileira, casada, advogada (OAB/MA n. 15311), residente e domiciliada na Rua Coronel Eurípedes Bezerra, BL 4B, AP 104, Turú, São Luís – MA, discente do Programa de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema Justiça da Universidade Federal do Maranhão, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., expor e requerer o seguinte:

Consoante informado acima, a Requerente é discente do Programa de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema Justiça da Universidade Federal do Maranhão, em cujo âmbito desenvolve a pesquisa “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM (DES)FOCO: Uma avaliação da atuação do poder judiciário a partir dos acórdãos do TJMA, STJ e STF**”, sob orientação do Professora Dr<sup>a</sup>. Artenira da Silva e Silva.

O estudo tem por objetivo avaliar os acórdãos do TJMA, STJ e STF de modo a averiguar as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário frente aos casos de violência obstétrica, debatendo-se sobre sua atuação. A coleta dos dados será realizada através dos sítios eletrônicos dos tribunais e outros sites de busca jurisprudencial, tais como a plataforma JusBrasil, selecionando os acórdãos no lapso temporal de 2010 a 2016.

Ademais, pretende-se ainda a **realização de entrevistas semiestruturadas com os Srs. Desembargadores membros das Câmaras Cíveis do TJMA**, tendo em vista que as demandas pertinentes à violência obstétrica são, em grande parte, ajuizadas perante as varas cíveis.

Assim, a entrevista a ser aplicada objetiva colher as impressões de cada Emin. Desembargador(a) acerca da temática “violência obstétrica”, bem como outros desdobramentos inerentes ao tema, tais como: os possíveis danos indenizáveis, categorias de violência inerentes à prática, direitos humanos e bioéticos violados.

Desta forma, venho por meio deste, convidar V. Exa. para participar da referida pesquisa mediante uma entrevista semiestruturada, no dia e horário oportunos a fim de que a pesquisadora Requerente possa esclarecer a V. Exa., mais detalhadamente, o escopo e os eventuais desdobramentos da pesquisa, com a devida apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

P. Deferimento,

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

**MAIANE CIBELE DE MESQUITA SERRA**

## **APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Data:

### **I DADOS PESSOAIS**

- a. Gênero:
- b. Idade:
- c. Tempo de Exercício da Magistratura:

### **II EXPLORAÇÃO TEMÁTICA**

- a. O que Vossa Excelência compreende por violência obstétrica?
- b. Quais espécies de danos Vossa Excelência considera que podem ser indenizáveis nessa modalidade de violência?
- c. Em vossa opinião, quais seriam os limites entre a autonomia dos agentes de saúde (incluídos médicos, enfermeiros, técnicos...) e das parturientes no que tange aos procedimentos a serem realizados durante o parto?
- d. De que forma Vossa Excelência já se defrontou com este tipo de violência em seu exercício laboral?
- e. Vossa Excelência gostaria de falar ou explicar alguma coisa que considera importante de ser pontuado sobre este tema e que não chegamos a tocar nesta entrevista?

### APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vossa Excelência está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da Dissertação de Mestrado intitulada “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM (DES)FOCO: Uma avaliação da atuação do poder judiciário a partir dos acórdãos do TJMA, STJ e STF**”, desenvolvida no âmbito do Programa de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema Justiça da Universidade Federal do Maranhão, sendo conduzida pela pesquisadora discente Maiane Cibeles de Mesquita Serra, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Artenira da Silva e Silva.

O estudo tem por objetivo avaliar os acórdãos do TJMA, STJ e STF de modo a averiguar as perspectivas argumentativas do Poder Judiciário frente aos casos de violência obstétrica, debatendo-se sobre sua atuação. A coleta dos dados será realizada através dos sítios eletrônicos dos tribunais e outros sites de busca jurisprudencial, tais como a plataforma JusBrasil, selecionando os acórdãos no lapso temporal de 2010 a 2016.

Ademais, pretende-se ainda a **realização de entrevistas semiestruturadas com os Srs. Desembargadores membros das Câmaras Cíveis do TJMA**, tendo em vista que as demandas pertinentes à violência obstétrica são, em grande parte, ajuizadas perante as varas cíveis.

Assim, a entrevista a ser aplicada objetiva colher as impressões de Vossa Excelência acerca da temática “violência obstétrica”, bem como outros desdobramentos inerentes ao tema, tais como: os possíveis danos indenizáveis, categorias de violência inerentes à prática, direitos humanos e bioéticos violados.

A participação de Vossa Excelência é voluntária, de modo que **a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar vosso consentimento mediante simples notificação à pesquisadora** (pelos meios de contatos abaixo relacionados).

Nesse sentido, vossa participação nesta pesquisa consistirá em resposta às perguntas propostas por meio de uma entrevista semiestruturada, segundo o roteiro anexo (doc. n. 01), a ser aplicada pela pesquisadora acima identificada, de forma oral, com registro de áudio que após o término da pesquisa será devidamente inutilizado, garantindo o seu anonimato.

Os dados obtidos por meio da entrevista serão trabalhados e divulgados (total ou parcialmente) na versão da Dissertação depositada para defesa perante o Programa de

Mestrado em Direito e Instituições do Sistema Justiça da Universidade Federal do Maranhão, tornando-se disponíveis para a comunidade científica mediante exemplar físico da pesquisa e versão digital.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e assegura-se o sigilo sobre sua participação. Os dados divulgados não possibilitarão a sua identificação e a sua participação não envolverá riscos físicos, econômicos ou sociais.

Nesse sentido, **não haverá identificação nominal de Vossa Excelência no texto da pesquisa, adotando-se todas as medidas necessárias para garantia do sigilo quanto à vossa identidade, sob pena de responsabilização do pesquisador, na forma legal.** Assim, referir-se-ão os dados da entrevista segundo o seguinte modelo: expressão “Entrevistado” acompanhada de incógnita indicada por letra do alfabeto (exemplo: “Entrevistado A”).

Caso Vossa Excelência concorde em participar desta pesquisa, solicita-se que assine as duas vias deste documento, sendo uma delas pertencente a Vossa Excelência e a outra à pesquisadora responsável.

Seguem os meios de contato e o endereço institucional da pesquisadora responsável e da Coordenação do Programa de Mestrado em Direito e Instituições do Sistema Justiça da Universidade Federal do Maranhão, onde Vossa Excelência poderá tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação nesta, agora ou a qualquer momento. Contatos da pesquisadora responsável: telefones (98)988236256, e-mail *maianeserra@hotmail.com*. Endereço e Contatos da Instituição: Avenida Jerônimo de Albuquerque, Qd. 01, Lote 03, Edifício 90 Trade Center (térreo), Cohafuma, São Luís/MA, CEP 65071-750, telefones (98)32728453 e (98)32728454.

## **DO CONSENTIMENTO**

Feitos os esclarecimentos acima, **declaro que compreendi as informações que me foram repassadas e concordo em participar desta pesquisa.**

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

## **Anexo 1 – Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático**

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

### **CATEGORIA A – PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:**

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de

até uma pequena quantidade de sangue;

- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

#### **CATEGORIA B – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:**

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

#### **CATEGORIA C – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:**

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;

- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

**CATEGORIA D – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:**

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto.

## **ANEXO 2 – RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015**

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no art. 4º, incisos XXI, XXIV, XXXVII e XLI alínea "a", e no inciso II do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, e na alínea "a" do inciso II do art. 86 da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 15 de dezembro de 2014, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

### **CAPÍTULO I**

#### **DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Esta Resolução Normativa - RN dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Parágrafo único. Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I.

§ 1º Para efeitos desta norma o termo percentual refere-se à proporção de partos normais e cirurgias cesáreas ocorridos no período de um ano, no âmbito da saúde suplementar, conforme fórmulas de cálculo descritas no Anexo I. (Parágrafo único transformado em § 1º pela RN nº 398, de 05/02/2016)

§ 2º Esta Resolução atende à determinação judicial expedida nos autos da Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100, que tramita perante o Tribunal Regional Federal da 3ª Região. (Incluído pela RN nº 398, de 05/02/2016)

## CAPÍTULO II

### DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

#### Seção I

Do Direito de Acesso à Informação Das Beneficiárias aos Percentuais de Cirurgias Cesáreas e de Partos Normais

Art. 2º Sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias ou seu representante legal, a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde deverá disponibilizar o percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais, da própria operadora, estabelecimentos de saúde e médicos nominados pela beneficiária ou seu representante legal.

§1º A consolidação das informações a serem prestadas pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde refere-se ao total de cirurgias cesáreas e de partos normais por ela efetuados à rede própria, cooperada, credenciada, referenciada ou por reembolso.

§2º O percentual de cirurgias cesáreas e de partos normais a ser disponibilizado pela operadora abrangerá os seguintes períodos:

I - quando solicitado após 31 de março do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais relativos ao ano imediatamente anterior à solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação; e

II- quando solicitado entre o período de 01 de janeiro até 31 de março (inclusive) do ano de solicitação, a operadora deverá fornecer os percentuais do segundo ano imediatamente anterior ao pedido de solicitação, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da sua solicitação.

§3º Caberá à Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde, ao disponibilizar a consolidação das informações solicitadas pela beneficiária ou seu representante legal, ressaltar que estas informações referem-se aos dados vinculados apenas aos partos efetuados pela Operadora, e não ao total de partos realizados pelos médicos ou estabelecimentos cooperados, credenciados ou referenciados a mais de uma Operadora.

Art. 3º A Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde não poderá criar ou divulgar qualquer sistema de ranqueamento dos médicos ou estabelecimentos de saúde com base no percentual de cirurgias cesáreas ou no percentual de partos normais.

Art. 4º A Operadora de Planos Privados de Planos Privados à Saúde deverá fornecer número de protocolo gerado por ocasião da solicitação à beneficiária ou ao seu representante legal, bem como apresentar a resposta em linguagem clara e adequada, por escrito, presencialmente, por correspondência ou por meio eletrônico conforme escolhido pela beneficiária ou seu representante legal.

Art. 5º O não atendimento da solicitação da beneficiária, no prazo fixado nos §§ 1º e 2º, art. 2º desta Resolução, poderá sujeitar a Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde à sanção estabelecida nos normativos vigentes.

## Seção II

### Do Cartão da Gestante, Da Carta de Informação à Gestante e da Utilização do Partograma

Art. 6º O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto.

§ 1º O cartão da gestante deverá conter a Carta de Informação à Gestante e no mínimo os dados constantes do Cartão da Gestante do Ministério da Saúde, conforme o Anexo II, desta RN.

§ 2º A ausência do Cartão da Gestante não é impeditivo para qualquer tipo de atendimento.

Art. 7º O Cartão da Gestante deverá ser disponibilizado pela Operadora de Planos Privados de Assistência à Saúde sempre que for solicitado por uma de suas beneficiárias que esteja em período gestacional.

Art. 8º O partograma é um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no

mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS, conforme o Anexo III, desta RN, podendo ser utilizado qualquer modelo de partograma, desde que contenha os dados mínimos indicados pela OMS .

Parágrafo único. Nos casos em que, por imperativo clínico, o partograma não for utilizado, este deverá ser substituído por um relatório médico detalhado.

Art. 9º Considera-se parte integrante do processo para pagamento do procedimento parto, o partograma citado no art. 8º desta Resolução Normativa.

Art. 10 Esta Resolução Normativa e seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)).

Art. 11 Esta Resolução Normativa entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a sua publicação.

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO  
DIRETOR PRESIDENTE